

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM**

**ANA PAULA TROMBETTA**

**SINGULARIDADES DO TRABALHO DE UM CENTRO DE  
REABILITAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DA EQUIPE DE  
SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS  
2013**



**ANA PAULA TROMBETTA**

**SINGULARIDADES DO TRABALHO DE UM CENTRO DE  
REABILITAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DA EQUIPE DE  
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

**FLORIANÓPOLIS  
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Trombetta, Ana Paula

Singularidades do trabalho de um centro de reabilitação  
sob a perspectiva da equipe de saúde / Ana Paula  
Trombetta ; orientadora, Flávia Regina Souza Ramos -  
Florianópolis, SC, 2013.  
133 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Pessoas com deficiência. 3. Centros  
de reabilitação. 4. Equipe de assistência ao paciente. 5.  
Condições de trabalho. I. Souza Ramos, Flávia Regina . II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

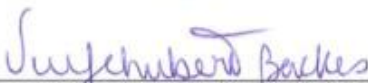
**ANA PAULA TROMBETTA**

**SINGULARIDADES DO TRABALHO DE UM CENTRO DE  
REABILITAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DA EQUIPE DE  
SAÚDE**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 18 de outubro de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: **Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.**

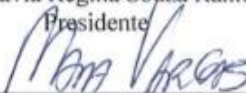


Dra. Vânia Marli Schubert Backes  
Coordenadora do Programa

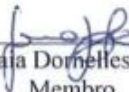
**Banca Examinadora:**



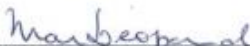
Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Presidente



Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargis  
Membro



Dra. Soraya Dornelles Schoeller  
Membro



Dra Maria Teresa Leopardi  
Membro



## AGRADECIMENTOS

Para realização deste sonho, contei com o apoio de muitas pessoas que não mediram esforços para torná-lo real. Agradeço...

Aos profissionais do Centro de Reabilitação que aceitaram participar deste estudo, dispondo de tempo e experiência para esta construção.

Aos meus colegas de mestrado pelos momentos de descontração e aprendizado, principalmente as amigas Elaine Forte, Kely da Luz, Adriana Eich Kuhn, Livia Drago e ao querido Jaime, a qual se tornaram parcerias fiéis nesta caminhada. Meus presentes!

Aos colegas do Instituto de Cardiologia pelo incentivo e pelas trocas de plantão possibilitando a minha frequência nas aulas. Em especial, aos amigos Andréa Conradi e Carlos Alberto de Souza que acompanharam este processo e foram grandes incentivadores.

A amiga mais que especial Mariele Misiak que sempre e em todos os momentos me ajudando com suas palavras de apoio e seu conhecimento, participando ativamente dessa construção comigo!

Aos membros da banca examinadora pelas valiosas contribuições: Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Soraia Dornelles Schoeller, Maria Tereza Leopardi, Daniela Simoni Espíndola e Dulcinéia Ghizoni Schneider.

A minha orientadora Dra. Flávia Regina de Sousa Ramos que para mim foi mais que uma orientadora. Caminhou junto comigo durante toda essa construção, me acolheu, me guiou, sempre respeitou os meus limites de tempo e acreditou no meu potencial. Sem dúvida um exemplo de profissional a qual sempre vou admirar e me espelhar. Muito obrigada por acreditar em mim!!!

Aos integrantes do Grupo Práxis pelas trocas de conhecimento nas reuniões e pelo aprendizado.

As amigas que sempre torceram por mim e que serão representadas através das queridas Aline Beltrame de Moura, Marília Soncini, Máira Manerich, Ivete Scopel e Ana Paula de Miranda. Mesmo

estando longe, lembro e carrego cada uma de vocês no meu coração. Todas me incentivaram de uma forma especial, obrigada.

Ao meu querido Marco Antonio dos Santos Junior, que vivenciou parte dessa caminhada, porém já é fundamental. Sou grata pelas palavras e atitudes de carinho, por entender que nem sempre era possível eu estar presente e por acreditar em mim. Amo você. Estendo meu agradecimento à família Dos Santos por me acolherem como filha e por me tratarem com muito carinho. Sintam-se agradecidos de coração.

Dizem que família é à base de tudo e realmente foi a minha! Não tenho palavras para definir o quanto é grande o meu amor por vocês e o quanto sou grata por tudo. Muitos foram os momentos que tive que me ausentar, mas tudo valeu a pena e hoje se estou conseguindo realizar este sonho, vocês são também os grandes responsáveis por isso... Obrigada...

Meu pai, Osmar Luis Trombetta, por sempre me mandar tocar ficha e vibrar com as minhas conquistas. Sempre será meu exemplo de determinação, organização e comprometimento. Obrigada por me mostrar o caminho certo!

Minha mãe, Marilva Nunes Trombetta, por dizer que sou uma vencedora. Obrigada pela dedicação desde que eu era uma mocinha. Sou muito feliz por ter você por perto!

Aos meus irmãos, Sérgio Ricardo Trombetta e Ana Cláudia Trombetta, por acreditarem no meu potencial e vibrarem com minhas conquistas.

A cunhada, Juliana Prando, que mesmo longe manda vibrações e pensamentos positivos.

A minha afilhada linda, Isabelle Yasmin Trombetta, que diz que eu trabalho demais, mas quando crescer quer ser igual a mim... só que com os bichos.

Aos meus avós, Alda, Hermínia e Antônio, que olham por mim e me protegem lá do plano superior. FAMÍLIA, AMO VOCÊS!

Obrigada Senhor pela realização de mais este sonho e por me rodear de pessoas tão especiais!



TROMBETTA, Ana Paula. **Singularidades do trabalho de um centro de reabilitação sob a perspectiva da equipe de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 133p.

## **RESUMO**

Deficiência é um termo amplo que, segundo a Organização Mundial da Saúde, considera e engloba as deficiências físicas, auditivas, visuais, mentais, cognitivas por vezes acarretando em limitações de atividades e de participação social. Com a mudança da concepção de saúde e após a instituição da Portaria MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002, que regulamenta a inclusão das pessoas com deficiência na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), a deficiência passou a ser vista como foco de ação do governo, tornando-se um tema relevante e atual em razão do surgimento da preocupação de diversas, porém, não recentes demandas de saúde específicas para esta população. Neste estudo optou-se por estudar somente com a deficiência física e os trabalhadores que atuam diretamente com ela objetivando conhecer na perspectiva dos sujeitos trabalhadores, as singularidades do trabalho da equipe de saúde no cuidado a pessoa com deficiência física em um centro de reabilitação (CR). Além disso, buscou-se discutir o processo de trabalho da equipe neste contexto assistencial e as principais questões éticas vivenciadas pelos profissionais. Estudo de natureza qualitativa, descritivo-exploratório, do tipo estudo de caso único, desenvolvido em um CR referência para pessoas com deficiência física. Coleta realizada por meio de observação e entrevista com 16 profissionais da equipe multidisciplinar. A análise possibilitou descrever as atividades desenvolvidas no CR, bem como o processo de trabalho dos profissionais da equipe de saúde e a relação deste com a deficiência física, pontuando as singularidades da assistência. Somado a isso, foram identificados problemas relacionadas à organização de trabalho, acessibilidade do usuário, relação interpessoal e comunicação entre membros da equipe e coordenação, interface entre o trabalho prescrito e realizado e problemas relacionados ao reconhecimento de situações éticas. Atualmente o CR apresenta estrutura adequada para o desenvolvimento das atividades assistenciais onde os profissionais conseguem reconhecer o processo de trabalho que desenvolvem; apesar de identificada lacuna importante na formação dos profissionais que

atuam no local; sugere-se aproximação das relações interpessoais e diálogo entre a equipe e coordenação, talvez utilizando como estratégia a cogestão ou gestão participativa. Enfatiza-se a importância do estudo do processo de trabalho neste cenário, pois este pode ser uma ferramenta interessante para ajuste de possíveis fragilidades da organização do serviço e funcionamento das atividades. Ressalta-se a importância de discutir e refletir sobre questões bioéticas, pois estas permeiam a assistência as pessoas com deficiência física e a ausência dessa discussão pode indicar uma demanda pelo desenvolvimento da competência ética.

**Palavras-chave:** Pessoas com deficiência. Centros de reabilitação. Equipe de assistência ao paciente. Condições de trabalho. Ética profissional.

TROMBETTA, Ana Paula. **Singularities work of a rehabilitation center under the perspective of health team.** Thesis (Masters in Nursing). Nursing Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 133p.

## **ABSTRACT**

Disability is a broad term that, World Health Organization, considers and encompasses physical, hearing, visual, mental and cognitive ones, and sometimes, they result in limitations of activities and social participation. With the health concept change and after establishing the Ordinance MS/GM No. 1.060, of June 5, 2002, which regulates the inclusion of people with disabilities in the local network of the Unique Health System (SUS), disability came to be seen as the focus of the government action. Thereby, it became a relevant and current topic due to the emergence of concern by many, but not recent, unique health demands to this population. In this study, it was chosen to work only with physical disabilities and professionals who work directly in this area in order to know their perspectives, singularities of the health team performance in relation to the physically disabled care, at a rehabilitation center (CR.) Moreover, it was possible to discuss the process of team work in this care context and the principal ethical issues experienced by the professionals. This is a qualitative research, descriptive-exploratory, unique case study type developed at a CR that is a reference on physical disability. Sampling was carried out through observation and interviews with 16 professionals of the multidisciplinary team. The analysis made it possible to describe the activities developed at the CR as well as the working procedure of the health team professionals and their relationship with the physical disabilities, punctuating the assistance singularities. Furthermore, it was identified some problems related to the work organization, user accessibility, interpersonal relationship, communication among the team members and coordination, interface between the prescribed and accomplished work, and finally, the problems related to the recognition of ethical situations. Currently, the CR presents a proper structure to the development of care activities where the professionals are able to recognize the process of work they develop. Although it was identified an important gap in the training of professionals who work at the place; it is suggested an approximation of interpersonal relationships and dialogue between staff and coordination, perhaps, by using a strategy of

co-management or participatory management. In this scenario, it is likely to emphasize the importance of the labor process study because this might be an interesting tool to adjust the possible weaknesses of the service organization and activities operation. It is emphasized the importance of discussing and reflecting about bioethical issues as they permeate the users care, and the lack of discussion may indicate a need for ethical competence development.

**Keywords:** Disabled Persons. Rehabilitation Centers. Patient Care Team. Working Conditions. Ethics Professional.

**TROMBETTA, Ana Paula. Singularidades de lo trabajo de um centro de rehabilitación em La perspectiva del equipo de salud.** Disertación (Maestría en Enfermería) Programa de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 133p.

## **RESUMEN**

Deficiencia es un término amplio que considera y engloba a las deficiencias físicas, auditivas, visuales, mentales, cognitivas y que a veces acarrear limitaciones en las actividades y en la participación social (OMS, 2011). Con el cambio de concepción en la salud y después de instituir la ley MS/GM n° 1.060, del 05 de Junio del 2002, que normaliza la inclusión de las personas con deficiencia en la red de servicios del Sistema Único de Salud (SUS), la deficiencia pasó a ser vista como un foco de acción del gobierno, volviéndose un tema relevante y actual en función del surgimiento de la preocupación de diversas, pero no recientes, demandas de salud específicas para esta población. En este estudio, se optó por trabajar solamente con la deficiencia física y con los trabajadores que actúan directamente con ella, objetivando conocer en la perspectiva de los sujetos trabajadores, las singularidades del trabajo del equipo de salud en el cuidado al deficiente físico, en un centro de rehabilitación (CR). Además, se buscó discutir el proceso de trabajo del equipo en este contexto asistencial y las principales cuestiones éticas vividas por los profesionales. Estudio de naturaleza cualitativa, descriptivo-exploratorio, del tipo de estudio de caso único, desarrollado en un CR de referencia para la deficiencia física. La obtención de datos fue realizada por medio de la observación y entrevista de 16 profesionales del equipo multidisciplinario. El análisis posibilitó describir las actividades desarrolladas en el CR, así como también, el proceso de trabajo de los profesionales del equipo de salud y la relación del mismo con la deficiencia física, señalando las singularidades de la asistencia. Sumado a esto, se consiguió identificar los problemas relacionados a la organización del trabajo, accesibilidad del usuario, relación interpersonal, la comunicación entre los miembros del equipo y la coordinación, interface entre el trabajo prescripto y realizado, y además, los problemas relacionados al reconocimiento de las situaciones éticas. Actualmente, el CR presenta una estructura adecuada para el desarrollo de las actividades asistenciales, en las que

los profesionales consiguen reconocer el proceso de trabajo que desarrollan; a pesar de haber sido identificada una falla importante en la formación de los profesionales que actúan en el lugar. Se sugiere la aproximación de las relaciones interpersonales y el diálogo entre el equipo y la coordinación, tal vez utilizando como estrategia a la cogestión o a la gestión participativa. Se enfatiza la importancia del estudio del proceso de trabajo en este escenario, pues éste puede ser una herramienta interesante para el ajuste de posibles fragilidades de la organización del servicio y funcionamiento de las actividades. Se resalta la importancia de discutir y reflexionar sobre las cuestiones bioéticas, ya que las mismas permean la asistencia a los usuarios y la ausencia de esa discusión puede indicar una demanda por el desarrollo de la competencia ética.

**Palabras clave:** Personas con discapacidad. Centros de Rehabilitación. Grupo de Atención al Paciente. Condiciones de Trabajo. Ética Profesional.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CCR</b>	Centro Catarinense de Reabilitação
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa
<b>CIF</b>	Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CR</b>	Centro de Reabilitação
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPMAL</b>	Programa de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
<b>PADC</b>	Programa de Atividades Domiciliares e Comunitárias
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PNSPD</b>	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
<b>PRONEX</b>	Programa de Apoio a Núcleos de Excelência
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SES</b>	Secretaria Estadual da Saúde
<b>SUR</b>	Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
<b>SMS</b>	Secretarias Municipais de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina
<b>UNIVALI</b>	Universidade do Vale do Itajaí





## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
1.1 OBJETIVOS .....	25
1.1.1 Objetivo Geral.....	25
1.1.2 Objetivo Geral.....	25
<b>2 O OBJETO NO CONTEXTO DA LITERATURA .....</b>	<b>27</b>
2.1 A DEFICIÊNCIA FÍSICA, O SERVIÇO E O TRABALHO DA EQUIPE DE REABILITAÇÃO.....	27
2.2 ÉTICA/BIOÉTICA NA ATENÇÃO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA .....	37
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>43</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	43
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	44
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	46
3.4 COLETA DOS DADOS .....	47
3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	48
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	49
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>51</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>129</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação situa-se como estudo dos processos de trabalho em saúde e faz parte de um macro projeto, (apoiado pelo Edital PRONEX), que busca analisar a situação de saúde da pessoa com deficiência física em duas Regionais de Saúde do Estado de Santa Catarina - Grande Florianópolis e Itajaí. Para isso está sendo realizada uma análise ampla sobre o tema deficiência física sob a perspectiva epidemiológica, através do levantamento do perfil destes deficientes. Com o foco no trabalhador, buscando conhecer o trabalho e questões éticas que permeiam o cuidado; e do usuário, identificando redes de apoio disponíveis e aspectos relacionados à qualidade de vida e cuidados recebidos na rede pública. O referido projeto, aqui mencionado por PRONEX, conta com o envolvimento dos Programas de Pós-graduação em Enfermagem – UFSC e Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – UNIVALI, além do envolvimento de vários grupos de pesquisa da UFSC, incluindo o grupo PRÁXIS, no qual sou membro participante.

Motivada com a proposta do PRONEX e indo ao encontro dos pressupostos do grupo de pesquisa o qual faço parte, surgiu à preocupação em apreender as singularidades do trabalho desenvolvido por equipes multiprofissionais em contextos assistenciais e serviços com características próprias, pelo tipo de usuário e necessidades que visa atender. A singularidade que se buscou apreender se refere ao trabalho em um Centro de Reabilitação (CR), por meio das experiências dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde, enfatizando as demandas, estratégias e questões éticas relacionadas ao cuidado da pessoa com deficiência física. Entendeu-se por singularidade as especificidades e particularidades específicas do serviço e que o diferenciam das demais atividades assistenciais presentes em outras unidades de saúde.

Segundo o Relatório Mundial sobre a deficiência, elaborado pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2011), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis.

As principais causas da deficiência no Brasil são a má nutrição de mães e filhos, as infecções, os acidentes de trânsito, os acidentes de trabalho, as anomalias congênitas e a violência. Os acidentes de trânsito ocorrem na maior parte com pessoas na faixa etária entre 20 e 35 anos.

Outros tipos de acidentes também causam deficiências. Entre eles estão à queda de altura e os ferimentos por arma de fogo e arma branca (Portal Deficientes em Ação, 2012).

Deficiência é um termo amplo que considera as deficiências físicas, auditivas, visuais, mentais, cognitivas o que acarreta na limitação de atividade e restrições de participação social, o que podem influenciar na interação entre um indivíduo e seus fatores contextuais (ambiente e fatores pessoais). De maneira geral, resulta da interação de pessoas com deficiência e as barreiras a elas impostas, e que, em sua maioria impedem a participação do indivíduo de forma eficaz na sociedade, impedindo a igualdade de condições com os demais indivíduos (OMS, 2011). Logo, devem-se pensar múltiplas estratégias de atuação em saúde específicas para esta população.

Ainda, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF (2004), *impairment* (deficiência) foi descrita como a perda ou anormalidade em órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; *disability* (incapacidade) foi caracterizada como a consequência da deficiência do ponto de vista de rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades essenciais à vida diária; e *handicap* (desvantagem) refletia a adaptação do indivíduo ao meio ambiente, resultante da deficiência e da incapacidade. A CIF transmite a ideia de que a deficiência é o resultado de interação entre habilidades, capacidades e meio ambiente.

Pessoas com deficiência constituem um grupo heterogêneo, reunindo indivíduos com vários tipos de deficiência física, sensorial, intelectual e mental. Por conseguinte, as ações de saúde voltadas a esse segmento devem considerar um mosaico de diferentes necessidades (BERNARDES et al, 2009). Em função de a deficiência possuir diversas formas, neste estudo optou-se por trabalhar com a deficiência física e com os profissionais que atuam diretamente com esses indivíduos.

Segundo o Decreto no. 3298/1999 da Legislação Brasileira e a OMS (2011), compreende-se que deficiência física corresponde à alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, que acarreta o comprometimento da função física, com perda de função motora total ou parcial, amputação ou ausência de membros, paralisia cerebral, deformidades congênitas ou adquiridas, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. Este conceito considera como deficiência alterações do tipo paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia,

amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral e as ostomias (colostomia e urostomia).

Incorporando avanços consolidados desde a VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS e o movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Brasileira de 1988, define no art. 200, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988; VIII CNS, 1986).

Considerando o termo de maneira ampla, a reabilitação inclui a promoção da saúde, prevenção e redução da deficiência, incapacidade e desvantagem, onde as potencialidades pré-existentes no paciente são restauradas proporcionando uma vida com melhor qualidade, retorno da autoestima e da independência (LEITE; FARO, 2005). É tornar o usuário o mais funcional possível, fazendo-o adaptar a nova condição, bem como melhorando a sua qualidade de vida.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência - PNSPD, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002, é voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se por reabilitar o deficiente na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a inclusão plena em todas as esferas da vida social. Além disso, visa proteger a saúde e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências através de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2010a).

Os serviços de reabilitação física atualmente no Brasil são organizados através da Portaria MS/GM nº 818 de 05/06/2001, onde fica determinada a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência. São executados em unidades especializadas de abrangência regional ou estadual, qualificadas para atender às pessoas com deficiência. As equipes são formadas por profissionais como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogos, psicólogos, educadores físicos, assistentes sociais, nutricionistas, técnicos em enfermagem e técnicos em órteses, próteses e meios de locomoção auxiliares e estes atuam de maneira multidisciplinar, realizando a avaliação de cada caso e planejando o processo de reabilitação (BRASIL, 2009).

A Rede Estadual Catarinense apresenta o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), localizado na capital do estado, como unidade de referência estadual (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE, 2008) e

no momento é a única instituição que realiza trabalho em saúde voltado à reabilitação do deficiente físico no estado.

O trabalho em saúde é aqui entendido como aquele realizado por diversos sujeitos, profissionais e trabalhadores, em geral com formação na área, caracterizado pelo ato de cuidar, com o objetivo de atingir a cura, a reabilitação ou minorar o sofrimento e promover o bem-estar (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011).

De acordo com Pires (2008) o processo de trabalho em saúde tem como finalidade essencial a ação terapêutica e a assistência em saúde envolvida neste processo de trabalho é prestada por diversos trabalhadores, sendo o produto deste trabalho indissociável deste processo, ou seja, é consumido no próprio ato de sua realização. A mesma autora afirma que o trabalho em saúde é caracterizado por uma “*relação entre sujeitos*” onde o cuidador e o sujeito a ser cuidado possuem diversas óticas no processo de cuidar que são influenciadas pelas necessidades e concepções culturais (PIRES, 2009).

Os usuários em processo de reabilitação, frequentemente, apresentam problemas físicos, cognitivos e comportamentais, necessitando assim, de um processo de reabilitação cada vez mais complexo e diversificado (O'CONNOR, 1993; MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009). Levando em consideração que o trabalho não está desvinculado do produto final, ou seja, da assistência em saúde e do processo de reabilitação, acredita-se ser importante considerar as relações que permeiam este cuidado e estas podem aparecer por demandas advindas do trabalho em si, bem como através de situações éticas vivenciadas na prática, justificadas pela especificidade do cuidado ao deficiente.

Após o exposto se quer destacar que a qualidade do produto do trabalho de diferentes trabalhadores de uma equipe não está vinculada unicamente a qualificação técnica das ações desenvolvidas, mas também às relações estabelecidas entre os sujeitos e os valores éticos que nelas se expressam. Mudanças significativas sobre o conjunto das práticas, e não apenas em ações individuais, só poderão ser alcançadas mediante o envolvimento de toda a equipe neste processo.

É preciso desenvolver um trabalho em conjunto, no qual todos os profissionais estejam envolvidos em algum momento na assistência, de acordo com a sua competência específica, e possam conformar um saber capaz de dar conta da complexidade dos problemas de saúde (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008). Acrescente-se que o envolvimento não deve ultrapassar somente o momento específico da assistência, mas

representar um efetivo engajamento em projetos e processos terapêuticos consensuados.

A intervenção visa promover a mudança das práticas de saúde, no sentido da integração das ações de saúde e dos trabalhadores, buscando assegurar assistência e cuidado que respondam, de forma pertinente no sentido ético, técnico e comunicacional, às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência do serviço (PEDUZZI, 2007).

A prática interdisciplinar exige que os profissionais utilizem seus saberes operantes particulares, baseados em distintas lógicas de julgamento e de tomada de decisão quanto à assistência a se prestar, de forma compartilhada e negociada (CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Permite uma compreensão ampliada do objeto de trabalho em saúde, pela interação entre os profissionais, bem como pela articulação entre os diversos saberes e fazeres presentes no trabalho em saúde. Possibilita, deste modo, outras formas de relação entre os sujeitos envolvidos no processo (MATOS; PIRES; SOUSA, 2010).

As possibilidades de construir o trabalho em equipe estariam ligadas à forma como o “outro” se coloca como integrante e interlocutor e não mero instrumento do trabalho. Assim, considera-se que o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Não se trata de acabar com as diferenças técnicas e dos saberes que constituem as especificidades de cada trabalho especializado; trata-se de tomar a base ética da correção normativa, o compartilhamento de um conjunto de valores que expressam um horizonte normativo comum entre os integrantes da equipe (PEDUZZI, 2001, 2007).

Logo, a perspectiva interdisciplinar pode possibilitar o exercício de um trabalho mais integrador e articulado, tanto no que diz respeito à compreensão dos/as trabalhadores/as sobre o seu próprio trabalho, como no que diz respeito à qualidade do resultado do trabalho (PIRES, 1999).

A compreensão do trabalhador e seu trabalho vivo poderiam ser enriquecidos com o patrimônio de descobertas a respeito da compreensão de que todo trabalho passa incontornavelmente pelo encontro com o real (BRITO, 2005).

Ao caracterizar a atividade de trabalho se considera a pessoa como ator humano/sujeito e, portanto, o centro da atividade, e não como fator humano ou mais um componente do sistema. O ator humano regula o seu funcionamento e o desenvolve (BEGUIN, 2006). Os

problemas encontrados em uma situação determinada só podem ser identificados a partir da compreensão da estrutura interna da atividade, tal como são pensados pelo trabalhador. Neste sentido, identificar a atividade significa identificar o trabalho real (BERTONCINI, 2011).

Diante de questões complexas, como é o caso da deficiência e de outras questões que fazem parte deste mundo em constante mudança, verifica-se que a intervenção solitária ou de uma só área é insuficiente diante do problema a ser superado. Assim, a atuação em equipe multiprofissional torna-se fundamental para implementar qualquer esforço em direção a algumas soluções, consequentemente, a melhora do desempenho de uma equipe é algo muito almejado (KATO, BLASCOVI-ASSIS, 2004).

Associada a isso, a proposta de discutir o trabalho e produzir conhecimento sobre ele considera os conhecimento e experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, normas e variabilidades, a exigência da conversa entre as várias disciplinas, além do constante questionamento a respeito de seus saberes (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011). Para este estudo foi utilizado os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real, possibilitando uma reflexão da prática assistencial dos profissionais auxiliando na discussão dos resultados encontrados.

Não é incomum dentro das relações de trabalho surgirem conflitos éticos sobre situações cotidianas. Entende-se ética como o posicionamento e a decisão de cada pessoa perante a moral e esta é caracterizada por normas, costumes e princípios (SCHNEIDER, 2010). A ética está evidenciada nas atitudes e nas decisões que cada pessoa possui. Essas decisões interferem no agir do profissional influenciando seu posicionamento, assim como o compromisso e comprometimento com a profissão. Neste estudo, além de compreender o processo de trabalho buscou-se identificar e discutir situações ou problemas éticos enfrentados pelos profissionais na prática diária, principalmente pelo fato de atenderem uma população tão específica quanto às pessoas com deficiência física.

Com base no exposto, o presente estudo apresentou como pergunta de pesquisa: Que singularidades do trabalho realizado pela equipe de saúde, em um centro de referência em reabilitação no Estado de Santa Catarina, podem ser apreendidas a partir do conhecimento e experiência de seus trabalhadores?



## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Conhecer, na perspectiva dos sujeitos trabalhadores, as singularidades do trabalho da equipe de saúde no cuidado a pessoa com deficiência física em um centro de referência em reabilitação no Estado de Santa Catarina.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever a organização do processo de trabalho da equipe de saúde do CR.
- Reconhecer as interfaces entre trabalho prescrito e trabalho real a partir das experiências de trabalhadores da equipe de saúde do CR.
- Discutir as principais questões éticas/bioéticas que permeiam o cuidado a pessoa com deficiência física a partir da experiência dos trabalhadores da equipe de saúde do CR.



## 2 O OBJETO NO CONTEXTO DA LITERATURA

### 2.1 A DEFICIÊNCIA FÍSICA, O SERVIÇO E O TRABALHO DA EQUIPE DE REABILITAÇÃO.

O tema deficiência está sendo debatido com maior ênfase, principalmente pelo fato de hoje representar um desafio à organização de serviços e à continuidade de cuidados, de forma a respeitar os direitos assegurados a estes sujeitos. Nestes direitos, inscreve-se a saúde e esta inclui a oferta de serviços especializados para atender de maneira efetiva as pessoas com deficiência. Não apenas existe uma demanda por profissionais para atender este público, como se faz necessário constituir equipes capazes de responder as necessidades diferenciadas, além de desenvolverem estratégias de trabalho condizentes com projetos assistenciais que articulem a dimensão técnica e ética do cuidado.

A construção da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência - PNSPD preconiza garantir a execução de ações de saúde voltadas a essa população em consonância com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8080/90). Com base nos princípios do SUS, a Universalidade, Integralidade e Equidade da pessoa com deficiência, se busca garantir atenção à saúde, a reabilitação, bem como ao acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, que proporcionem melhor qualidade de vida ao deficiente físico.

A Política Nacional do setor saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano. Além disso, visa contribuir para a inclusão plena em todas as esferas da vida social e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2010a).

Historicamente, as pessoas com deficiência têm, em sua maioria, sido atendidas através de soluções segregacionistas, tais como instituições de abrigo e escolas especiais. Agora, as políticas mudaram em prol das comunidades e da inclusão educacional. As soluções focadas na medicina deram lugar a abordagens mais interativas que reconhecem que as pessoas se tornam incapacitadas devido a fatores ambientais e também por causa de seus corpos (OMS, 2011).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi lançada em 2001 pela OMS com o objetivo de descrever e avaliar a saúde e a deficiência a nível mundial. Classifica os problemas de funcionalidade humana em três áreas interconectadas: alterações das estruturas e funções corporais, que significam problemas de funções corporais ou alterações de estruturas do corpo, como por exemplo, paralisia ou cegueira; limitações, que são dificuldades na execução de movimentos, por exemplo, caminhar ou comer; restrições à participação em atividades, que são problemas que envolvem qualquer aspecto da vida, por exemplo, enfrentar discriminação no emprego ou nos transportes (OMS, 2004). Logo, deficiência refere-se às dificuldades encontradas em alguma ou nas três áreas da funcionalidade.

Reabilitação pode ser entendida como um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiência a buscar/manter uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente. Visa a melhoria da funcionalidade individual, por exemplo, melhorando a capacidade de uma pessoa comer e beber sem auxílio. Inclui a intervenção no ambiente do indivíduo e reduz o impacto de uma ampla gama de condições de saúde. Acontece durante um período determinado de tempo, mas pode envolver intervenções simples ou múltiplas, realizadas por uma pessoa ou por uma equipe de profissionais de reabilitação (OMS, 2011).

Os serviços de reabilitação física atualmente no Brasil são organizados através da Portaria MS/GM nº 818 de 05/06/2001 e proporcionam assistência à pessoa com deficiência física em serviços hierarquizados e regionalizados e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde. Além disso, essa portaria preconiza que a nível estadual em serviços sejam organizados de três formas: Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação – Primeiro Nível de referência; Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário; Leitos de Reabilitação em Hospital geral ou Especializado (BRASIL, 2001). Ressalta-se que o Estado de Santa Catarina possui somente a instituição estudada como centro de referência.

O processo de reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, a relação dos transtornos aos fatores relevantes do indivíduo e do ambiente, a definição de metas de reabilitação, planejamento e implantação de medidas, além da avaliação de seus efeitos (OMS, 2011). Não deve ser realizado de modo isolado, mas sim de forma integrada com o tratamento do paciente diminuindo as morbidades que atingem essa determinada população (WHO, 1993).

As ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional, de modo a garantir tanto a sua qualidade, quanto o princípio da integralidade. Essas ações terão, assim, um enfoque funcional e integral, o que significa respeitar as especificidades de cada caso e as áreas das deficiências. Nesse sentido, além de contar com equipe multiprofissional, as instituições de reabilitação deverão dispor de implementos tecnológicos para avaliação, diagnóstico e tratamento em reabilitação, adequados ao nível de complexidade a que se destinam (BRASIL, 2010a).

A Política Nacional de Humanização – PNH emergiu no cenário da reforma sanitária brasileira, onde se iniciava a construção do campo da saúde coletiva e das experiências de humanização em curso no SUS, às quais propuseram mudanças no sentido e forma de organização da saúde (PASCHE, PASSOS, 2008).

Além da troca de saberes, diálogo entre os profissionais e sugestão de novos modelos de trabalhar em equipe, a PNH apresenta como diretrizes norteadoras: Acolhimento – receber as pessoas, reconhecendo a necessidade realizando escuta qualificada, atendimento e encaminhamento responsável; Clínica ampliada – as pessoas não são vistas apenas pela doença, e os profissionais buscam integrar diversas abordagens possibilitando um manejo eficaz do trabalho em saúde, colocando em discussão a fragmentação do processo de trabalho; Cogestão/Gestão Participativa: inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão, exercida não por poucos ou alguns, mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização institucional ocasionando no compartilhamento de responsabilidades; Defesa dos Direitos do Usuário e Fomento das grupalidades, coletivos e redes – descreve sobre o direito e a garantia da construção redes de atenção a saúde para a população; Valorização do trabalho e do trabalhador: discute sobre a criação de espaços para troca de experiências e sobre a melhor forma de organizar o trabalho dos profissionais; e a Construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2010b).

Especificamente para este estudo considerou-se, algumas diretrizes da PNH como acolhimento, clínica ampliada, gestão participativa, construção de redes e, além disso, utilizou-se outro conceito trazido pela mesma política chamado de ambiência. Este conceito se refere ao tratamento do espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Ainda, infere que trabalha em três eixos operativos no qual busca a criação de um espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos

envolvidos, possibilitando a produção da subjetividade sendo também um instrumento facilitador do processo de trabalho através da otimização de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010c).

As estratégias sugeridas pela PNH aparecem como importante instrumento no auxílio da gestão e assistência desenvolvida pelas equipes multidisciplinares de instituições de saúde e nesse caso a reflexão se aplica ao CR estudado. É necessário e urgente o debate sobre os novos modelos de gestão e atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e maneira com que o controle social vem sendo exercido. Necessário para que possamos garantir o direito constitucional à saúde para todos, e urgente porque tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida (BRASIL, 2004).

Antes de iniciar a discussão sobre trabalho em equipe neste contexto assistencial específico, faz-se necessário descrever brevemente o que se entende por processo e organização de trabalho, bem como quais são os elementos que os constituem.

O trabalho mundialmente passou por transformações importantes, sempre vinculadas aos modos de produção das sociedades e tempos históricos concretos. O Brasil acompanhou as tendências mundiais, embora em tempos e particularidades próprias. No campo da saúde, uma mudança mais significativa se vislumbra a partir da década de 70, quando inicia o movimento de Reforma Sanitária. Neste movimento cunhou-se um novo paradigma em saúde, defendendo princípios fundamentais e buscando alterar o modelo assistencial, reorganizar a oferta de serviços e, em especial, romper com a hegemonia do “modelo biomédico”, de modo a incorporar o marco da determinação social do processo saúde doença, da produção social da saúde e da promoção da saúde. Também a formação em saúde sofre crescentes transformações, em ruptura com o modelo Flexneriano de formação médica, focado na doença, no objetivo da cura, no espaço assistencial do hospital, nas especializações e na incorporação de alta tecnologia. Neste processo complexo de mudanças muitos foram os impactos sobre a conformação do trabalho multiprofissional na área, seja do ponto de vista de sua composição, das funções, objetivos e modos de operar, das bases técnicas e tecnológicas ou de novas relações entre os diferentes atores (CONASEMS, 2007).

Entende-se que o trabalho é um processo pelo qual o homem participa transformando algo da natureza em produto a ser consumido.

Ainda, o trabalho pode ser entendido como um processo em que participam o homem e a natureza; processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (MARX, 1982). Entende-se trabalho como uma ação transformadora e na área da saúde especifica-se pela identidade de natureza entre os sujeitos que recebem a assistência e os cuidadores, além da indissociabilidade entre o processo de produção e o produto do trabalho. O trabalho humano acontece em função de uma transformação planejada de algo, com o objetivo de atender às necessidades humanas (PIRES, 2008; 2009).

Segundo Marx (1982), o processo de trabalho possui três elementos que o compõe: a finalidade, o objeto e o instrumental do trabalho. Pires (2008) complementa que para o processo de trabalho em saúde é importante analisar os componentes força de trabalho e o produto do trabalho.

**Força de trabalho** é realizada através de um trabalho coletivo, o qual é exercido por diversos profissionais que são treinados para realizarem as atividades que mantêm a organização da instituição (PIRES, 2008). Os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos (FARIA, 2009). É representada pelos trabalhadores qualificados, os quais possuem os conhecimentos necessários de forma a prestar assistência às pessoas, seja esta de maneira preventiva, curativa e para reabilitação (PIRES; LORENZETTI; GELBCKE, 2010). Neste estudo, a força de trabalho é representada por todos os profissionais da equipe de saúde que trabalham do CR.

**Finalidade** é o que rege todo o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que se estabelecem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho. São projeções de resultados que visam satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico (FARIA, 2009). O processo de trabalho em saúde tem como finalidade atender ao ser humano que, em algum momento de sua vida, necessita da atenção profissional em saúde, sejam estas ações de cunho preventivo, curativo ou de reabilitação (CAPELLA, 1998; PIRES, 1999). Logo, na perspectiva deste estudo a finalidade do trabalho dos profissionais é prestar assistência aos deficientes físicos, possibilitando a recuperação e melhora da qualidade de vida.

Com relação ao **objeto** de trabalho, este se refere ao objeto ou elemento sobre o qual o trabalho produzirá a transformação dirigida pela

finalidade. No campo da saúde considera-se que as pessoas, em sua totalidade, são os objetos de trabalho dos profissionais de saúde. Neste caso, o objeto não indica a qualidade de “coisa” a ser manipulada, mas de sujeitos com necessidades, que demandam uma ação ou intervenção qualificada. Na enfermagem, especificamente, estudiosos chegaram a indicar o cuidado como objeto de trabalho. Na concepção aqui assumida o cuidado é objeto epistemológico da Enfermagem, já que sobre o cuidado a profissão desenvolve uma base própria de conhecimentos, a se integrarem como instrumental do próprio trabalho. Do ponto de vista do trabalho assistencial, o cuidar/cuidado é ação, resultado ou o processo de trabalho em si, não podendo ser objeto (exceto da perspectiva epistemológica acima referida) (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001). No presente estudo, o objeto do trabalho são os usuários do CR, como sujeitos com necessidades complexas.

**Instrumentos** são os meios de trabalho que irão possibilitar que o trabalhador consiga realizar o trabalho, para alcançar a finalidade ou produto final. Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades (FARIA, 2009). Os instrumentos de trabalho em saúde incluem também as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde (PIRES, 1999).

Dentro do contexto do estudo, os instrumentos podem ser materiais ou equipamentos específicos para a reabilitação, os espaços organizados, como também os conhecimentos e todos os aportes tecnológicos deles derivados, incluindo tecnologias relacionais ou de modos de operar, dos profissionais que irão prestar o cuidado.

Por fim, entende-se que **produto do trabalho** é a efetivação do cuidado e da assistência prestada aos usuários. O produto é indissociável do processo de produção, é a própria assistência que é produzida e consumida simultaneamente (PIRES, 2009).

Além dos elementos que compõem o processo de trabalho, faz-se necessário identificar o que se entende por organização do trabalho. Para Dejours, Dessors e Desriaux (1993), a organização do trabalho compreende a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder, significando que, ao dividir o trabalho, se impõe uma divisão entre os homens.

Pensar na organização do trabalho não significa somente refletir como se dá o modelo interno na instituição estudada, mas é necessário refletir sobre o contexto geral que compõe o serviço.



A **organização do trabalho** pode ser entendida como um processo que envolve as atividades dos trabalhadores, as relações de trabalho com seus pares e com a hierarquia e que ocorre numa determinada estrutura institucional. Sofre influências estruturais, relacionadas à estrutura macro-econômica, bem como organizacionais, como o modo de gestão empreendido pela instituição, que está, por sua vez, relacionado ao modo de produção vigente (GELBCKE, 2002).

A organização do trabalho engloba, entre outros: o modo como o trabalho é dividido, o conteúdo das tarefas; a hierarquia; a prática da tomada de decisão nos locais de trabalho; a relação do/a trabalhador/a entre si e com a máquina, incluindo o número de máquinas que cada trabalhador/a opera, quem determina o ritmo e a cadência do trabalho; como estão dispostos os/as trabalhadores/as e as máquinas no espaço da organização; o número de trabalhadores/as de cada posto ou equipe de trabalho, suas obrigações e a autonomia de cada trabalhador/a (GUIMARÃES, 1995).

Reforça a ideia anterior, quando Pires (2000) e Matos (2006) inferem que a organização do trabalho implica em: a) relações entre os profissionais, suas relações com os usuários dos serviços de saúde, com os outros profissionais de saúde ou grupos de trabalhadores da instituição; b) os constrangimentos e as facilidades provocados pela estrutura institucional; c) as relações hierárquicas; d) o conhecimento e as tecnologias disponíveis em saúde e na enfermagem; e) a divisão do trabalho; f) o modelo de gestão da instituição e da própria enfermagem; e g) as relações estabelecidas com as demais instituições que fazem parte do sistema de saúde.

Para este estudo, foram considerados como elementos da organização de trabalho as relações de trabalho entre os integrantes da equipe, condições de trabalho dos profissionais, organização das atividades desenvolvidas pelos profissionais, prática de tomada de decisões, quantitativo de profissionais bem como a autonomia de cada trabalhador.

Entende-se que as condições de trabalho se referem à força de trabalho, isto é, as especificidades de quem a realiza, a qualificação exigida, a divisão do trabalho, as relações contratuais (modalidade de contrato, jornada de trabalho, benefícios, proteção social). Envolve, também, os ambientes sócio-técnicos para a realização do trabalho, incluindo instrumentos adequados, em quantidade e qualidade, assim como o conhecimento para operá-los e o espaço físico (PIRES; LORENZETTI; GELBCKE, 2010).

Para aproximar os/as trabalhadores/as do entendimento e controle do processo de trabalho, bem como do resultado do mesmo, no que se refere às ações assistenciais, são necessárias iniciativas que reúnam os/as diversos/as profissionais que atuam no setor, na perspectiva de compreensão do trabalho coletivo (MATOS, 2006).

Os diversos profissionais de saúde, apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, ao exercerem o seu trabalho no âmbito institucional, majoritariamente, o desenvolvem como parte de um trabalho coletivo. Esse trabalho envolve, basicamente, a avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica (PIRES, 2009).

O trabalho em equipe surge como uma estratégia para redesenhar os processos de trabalho e promover a qualidade dos serviços. A equipe representa, além das relações de trabalho, relações de saberes, poderes, e principalmente relações interpessoais. O trabalho em equipe exige o entendimento das atribuições e práticas dos demais profissionais e o reconhecimento de que o conhecimento do outro é útil e indispensável. (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

A simples composição de equipes nos serviços não corresponde necessariamente à configuração de um trabalho em equipe. É fundamental que ocorra uma interlocução e uma troca de saberes entre os diversos profissionais que realizam o atendimento no CR, pois dessa forma, o trabalho de um profissional pode se re-fazer ou se complementar, através do saber do outro. Não basta os trabalhadores interagirem cordialmente ou compartilharem uma mesma situação de trabalho para constituírem uma equipe integrada. É necessário um investimento na articulação das ações, preservando as especificidades de cada componente da equipe. Esta atitude requer o reconhecimento do trabalho do outro, pressupondo uma concepção ampla do processo saúde-doença (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

É necessário que equipe de saúde tenha adesão crítica ao projeto institucional, isto é, que se comprometa e se envolva com ele de forma dialogada, em interação não apenas com os gerentes, mas especialmente com usuários, incluindo indivíduos, famílias e população dos territórios de saúde (PEDUZZI et al, 2011).

Na perspectiva de ampliar o objeto de trabalho para este estudo, acredita-se que os profissionais dispõem da clínica ampliada como instrumento de cuidado, pois as pessoas se responsabilizam por pessoas e não por doenças. Pensar o objeto de trabalho na integralidade e em interação com o meio que convive é uma das propostas e um grande desafios sugerido pela PNH. Para que isso se torne uma realidade, são

necessários arranjos como a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade e principalmente, manter um diálogo transversal entre a equipe (BRASIL, 2009).

Dessa forma, é importante estimular que os profissionais trabalhem de forma conjunta com o objetivo de alcançarem um maior entendimento com relação ao processo de trabalho que desenvolvem, para que dessa forma consigam promover uma assistência de qualidade com a complementação da assistência e não apenas replicando a mesma.

Até o presente foi apresentado quão complexo e desafiador é desenvolver um trabalho de maneira interdisciplinar para uma população específica como a das pessoas com deficiência física. São inúmeras as situações a serem consideradas e nem sempre todos os envolvidos no processo compreendem a dimensão e a importância de tal atividade.

Relembrando rapidamente o que foi discutido sobre o trabalho em saúde: a finalidade do processo de trabalho em saúde é, por meio de alguma ação terapêutica, coproduzir saúde e que define o trabalho em saúde como necessidade colocada pelo sujeito que busca este serviço, neste caso os deficientes físicos. Na análise das relações de trabalho nas equipes multidisciplinares, considera-se o modo como se desenvolve o processo de trabalho e a compreensão acerca dos seus componentes (finalidade, objeto, instrumentos, força de trabalho) com vistas à obtenção de um resultado (MATOS; PIRES; SOUSA, 2010), que neste caso será o cuidado/atendimento prestado ao usuário.

Na perspectiva adotada, tão importante quanto o trabalho em si é o foco na experiência dos profissionais e a forma como estes trabalhadores falam sobre o que é o trabalho e como o realizam, as dificuldades que vivenciam e os valores e capacidades que mobilizam. Para subsidiar tal reflexão foram utilizados conceitos sobre o trabalho em saúde, especialmente o de trabalho prescrito e trabalho real que serão abordados a seguir.

O trabalho jamais é pura execução, pois, para gerir a atividade, o trabalhador deve fazer “usos de si”, ou seja, recorrer a suas próprias capacidades, seus próprios recursos e fazer suas próprias escolhas para produzir algo (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). A análise do trabalho é inseparável do campo epistemológico, dos valores e da ética e que o encontro entre os saberes científico e prático, imprevisível, resulta sempre em algo inovador (HENNINGTON, 2008).

Se nos é permitido apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e gestão da saúde, com ampliação dos níveis

de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho espaçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado (BRASIL, 2010b).

Ao refletir sobre a prática do trabalho executado, demonstrou-se que existe uma singularidade no trabalho efetivamente realizado em relação àquele que é normatizado. Assim, a “atividade” traduz o trabalho realizado, o que inclui normas antecedentes, objetivos e também ressingularizações, onde ocorre um debate permanente de valores que resultam em escolhas feitas pelos indivíduos e pelos grupos. Traduz-se num jogo de reciprocidades entre o dizer e o fazer, que são dimensões essenciais da atividade humana “trabalho” (SCHERER, 2006; SANTANNA; HENNINGTON, 2011; BERTONCINI, 2011).

Para a realização de um trabalho, existe sempre uma prescrição, objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição de modo geral, majoritariamente, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente e em grupo. No trabalho em saúde, pela sua natureza, as atividades são sempre ressingularizadas, sobretudo nas ações de assistência direta ao usuário (SCHERER, 2006). Neste caso é difícil simplesmente manter a aplicação da prescrição.

O trabalho prescrito tem sido objeto de amplo debate e Brito (2009) sintetiza os seus componentes: a) os objetivos, metas e resultados a serem atingidos; b) os métodos e procedimentos pré-determinados; c) as ordens e instruções (oralmente ou por escrito) oriundas da hierarquia; d) os protocolos, normas técnicas e de segurança a serem seguidos; e) os meios técnicos disponíveis; f) a divisão do trabalho predefinida; g) os prazos e tempos previstos e; h) as condições socioeconômicas (como qualificação exigida e salário).

O que caracteriza a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado é o fato de o trabalho ser, por definição, imprevisível, isso quer dizer que ele não é e não pode ser previsto completamente. Tanto do ponto de vista da experiência quanto da teoria, a única certeza confiável é que sempre existirá uma distância entre o trabalho prescrito e o praticado (TRINQUET, 2010).

A atividade de trabalho de uma equipe não se limita às trocas e às ações entre as pessoas que a compõem, mas se integra

permanentemente, mesmo através de pequenos atos, com outros serviços e outras equipes (SCHERER, 2006).

O ser humano em qualquer atividade de trabalho (e também na saúde) vive um constante “debate de normas” entre sua experiência e valores e regras institucionais e profissionais (SCHWARTZ, 2004; SCHWARTZ; DURIVE, 2007). Através desse debate, o trabalhador renormaliza o trabalho prescrito e produz o que resulta no trabalho real, ou seja, a atividade real (izada) guarda, invariavelmente, uma distância do trabalho prescrito. A atividade (real) izada é sempre permeada por, mais ou menos, contradições e coincidências (BERTONCINI, 2011).

Trata-se de reconhecer que toda atividade de trabalho, por mais simples que pareça, enseja atividade intelectual e não pode ser totalmente previsível, pois é imbuída da subjetividade do trabalhador, depende do contexto, da experiência anterior, das normas prescritas e das regras institucionais (RAMOS, 1999; PIRES, 1999; 2008; SCHWARTZ; DURIVE, 2007).

Logo, os membros da equipe de saúde do CR devem compreender o processo de trabalho que desenvolvem numa visão crítica e ampla do trabalho prescrito e do trabalho real dentro do funcionamento da equipe multiprofissional.

## 2.2 ÉTICA/BIOÉTICA NA ATENÇÃO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

A ética/bioética permeia as relações entre pessoas e o processo de trabalho dos profissionais e, pensando na equipe de saúde no CR, por possuir especificidades não identificadas em outros locais de saúde, acredita-se que durante a realização do trabalho não é incomum que se deparem com situações éticas, sejam problemáticas ou dilemáticas, nem sempre de fácil resolução.

A ética pode ser compreendida por muitos ângulos, seja como um conjunto de normas ou prescrições morais, seja como um conjunto de valores, controle e ordenação das relações entre indivíduos, um tema filosófico e assim por diante. A palavra “ética” vem do vocábulo grego *ethos*, que para os antigos significava a “morada” dos homens (DE MARTINI, 2011).

A bioética é a ética aplicada à vida e abrange temas que vão desde uma simples relação interpessoal até fatores que interferem na sobrevivência do próprio planeta. A Bioética aflorou nos anos 70, nos Estados Unidos, com o estudo da conduta humana na área da saúde, na

tentativa de minimizar os entraves que permeiam as relações entre os indivíduos e ciência médica e de construir diretrizes mínimas para o agir humano em determinadas situações de risco (JUCÁ; ANDRADE, 2009). Logo, a bioética ganhou força compreendendo as questões da vida e da morte, saúde e doença, qualidade de vida e sofrimento. Nasceu em um ambiente científico, em um campo de investigação biológica, como necessidade sentida pelos mesmos cientistas, de proteger a vida e seu meio ambiente. Portanto, não nasceu no âmbito da filosofia, nem da teologia, nem da religião. A expressão bioética merece uma atenção mais imediata, pois esta implica um tipo de reflexão que seja ao mesmo tempo “biológica” e “moral”; portanto, uma reflexão que pertença tanto ao âmbito da ciência como ao dos valores (GAYON, 2002).

Este mesmo autor reflete que a bioética pode ser entendida de duas maneiras: a ética médica apresentando enfoque otimista e tradicional, no qual afirma que a bioética é uma aplicação de princípios da moral geral as situações particulares e caracteriza-se como ética aplicada. Outro modo seria admitir que a ética pudesse ser afetada por nosso conhecimento científico e habilidades técnicas. Quer dizer que não é valorizada somente o juízo de valor, da moral, mas sim são valorizados outros aspectos, como a experiência por exemplo (GAYON, 2002).

Por outro ângulo, a bioética busca abordar dilemas éticos atuais que se caracterizam e são vivenciados na sociedade moderna. A emergência da bioética se propõe a abordar os dilemas éticos tão característicos das sociedades modernas e oferecendo assessoria crucial aos líderes sociais, políticos e profissionais. Neste processo, os problemas dos quais passou a se ocupar a bioética não somente criaram um novo interesse na ética, como salvaram a ética da irrelevância criada por uma visão demasiadamente abstrata (DRANE; PESSINI 2005; PEGORARO, 2005). A bioética gera um interesse maior, por considerar situações relevantes da prática cotidiana e não apenas divagar em ideias utópicas de certo e errado, ideias estas compartilhadas pelos trabalhadores da saúde.

Na área da saúde, a competência ética dos futuros profissionais é entendida como a capacidade autônoma de percepção, reflexão crítica e decisão coerente em relação às condutas humanas no cuidado à saúde e à vida (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011). As profissões da saúde compartilham desafios semelhantes, voltados à qualidade da formação profissional, devido à complexidade e ampliação dos campos de prática decorrentes das mudanças dos processos de trabalho e das políticas do sistema de saúde, bem como frente à necessidade de

implantação de novos projetos políticos pedagógicos nos cursos, após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) em 2002 (RAMOS, 2007).

Entende-se que a bioética está diretamente relacionada com o processo de formação profissional, sendo visualizada no ensino-aprendizagem-vivência da ética em bases não deontológicas, no compromisso com a transmissão de valores humanizadores e com a conformação da identidade profissional durante a graduação (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011). Ou seja, são as práticas vivenciadas durante a graduação que vão também determinar ou contribuir para a formação da identidade profissional, pensamento crítico-reflexivo e de postura do profissional frente a situações conflitantes.

Questões vivenciadas cotidianamente são apenas percebidas como problemas quando são conflitos organizacionais e/ou de relacionamento na equipe de enfermagem e de saúde, relacionados com a administração, chefias, pacientes e familiares e não como problemas e conflitos morais. Esses problemas ou conflitos éticos podem ocorrer quando há diferenças no modo de perceber uma determinada situação, as quais não podem ser adequadamente comunicadas, compreendidas e resolvidas (ERLEN; FROST, 1991).

Além disso, conflitos vivenciados a partir de situações do cotidiano profissional, tais como a falta de consentimento informado de pacientes antes da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o prolongamento da vida sem a preocupação com sua qualidade, práticas profissionais questionáveis, cerceamento da autonomia e as possíveis consequências do seu exercício; o enfrentamento da escassez de recursos materiais e humanos; a baixa remuneração, frente ao nível de formação e pela natureza de trabalho que realiza; e os limites ainda imprecisos de suas competências, atribuições e responsabilidades (ARAUJO NETTO; RAMOS, 2002; CARVALHO, 2005; LUNARDI, 2007; DALMOLIN et al, 2009) também podem ser considerados situações/problemas éticos passível de intervenção profissional.

Estudo relacionado a pessoas com deficiência, políticas de saúde brasileiras e reflexões bioéticas apresenta concepções como o principalismo, bioética de proteção e bioética de intervenção como aportes para análise de situações de minorias além de considerar problemática a alocação de recursos, envolvendo a escassez de insumos para atender as crescentes demandas no campo em geral da saúde e necessidades especiais daqueles acometidos por agravos incapacitantes.

Ainda, traz à importância da reflexão bioética desses aspectos voltados a assistência de saúde a pessoa com deficiência (BERNARDES et al, 2009) além de considerar a importância do profissional neste processo reflexivo.

Para que ocorra a tomada de decisão ou uma ação moral diante de uma situação, inicialmente é necessário um julgamento moral, por parte do profissional, baseado em um princípio ou valor moral que se sobressai sobre outros valores morais, culminando finalmente em uma ação mais correta do ponto de vista ético.

No olhar da Psicologia, conduta moral, julgamento moral e competência ética são questões advindas do próprio desenvolvimento sociocognitivo do ser humano a partir do seu meio e da sua cultura (FERREIRA; RAMOS, 2006). O julgamento moral envolve a integração de inúmeras considerações éticas que contam a favor ou contra em um determinado curso de ação, a fim de determinar o que deve ser feito em uma situação específica. Logo, o julgamento moral sempre antecede a uma tomada de decisão e é baseado em princípios e valores morais que cada profissional possui.

O raciocínio moral é identificado quando o sujeito se vê confrontado a agir de acordo com suas próprias escolhas e princípios, e essa mobilização ocorre a partir de situações comuns da vida e do trabalho. Fatos como, desrespeito a direitos como integralidade da assistência ao usuário, equidade e igualdade no acesso aos serviços, desconsiderando aspectos importantes como qualidade da assistência e atenção livre de discriminação, também podem ser visualizados como situações de conflitos éticos.

As decisões tomadas estão ligadas a elementos subjetivos, crenças, valores, princípios e conhecimentos técnicos e muitas vezes não vão ao encontro das melhores escolhas quando tais conflitos são avaliados à luz de diferentes olhares daqueles levados em consideração pela pessoa que o tomou. (SCHNEIDER; RAMOS, 2011).

Outro conceito importante é o que trata da sensibilidade moral, que por sua vez, é a capacidade de reconhecer um conflito moral, contextualizar e compreender intuitivamente a situação de vulnerabilidade do paciente e ter uma visão sobre as consequências éticas de decisão a ser tomada em nome da pessoa. A sensibilidade moral é o que permite estar consciente das questões éticas da profissão e encontrar soluções criativas para os problemas identificados (KIM; KANG; AHN, 2012). Os profissionais que desenvolveram a sensibilidade moral e que usam estratégias para resolver problemas éticos aprimoram com maior facilidade à competência moral que é a



capacidade de fazer sentido moral das situações e usar o julgamento moral. Logo, esses profissionais são menos propensos a experimentar o sofrimento moral e a tomar decisões mais exitosas.

Portanto, a bioética aparece como importante ferramenta para o manejo de problemas e dilemas da prática, disposta a promover o raciocínio moral nos processos de tomada de decisão dos profissionais (RAMOS; DO Ó, 2009).

Para desenvolver o trabalho, os profissionais se deparam com dificuldades e situações conflituosas, já descritas acima, e que são passíveis de reflexões éticas e bioéticas, porém somente é possível realiza-las se o profissional estiver sensibilizado para o problema.

Frente ao exposto, qual a importância da bioética no contexto assistencial? A bioética como exercício profissional no campo da saúde perpassa a ideia de proteção contra a má prática, baseada na boa prática ou na boa ciência onde é ressaltada a proteção dos profissionais, pelo fato de que o uso de bons instrumentos amplia a possibilidade de êxito e, portanto, reduz as chances dos desacertos (RAMOS; DO Ó, 2009). Pautar as decisões na bioética é um fator de proteção para os profissionais que atuam na prática, pois o fato de refletir sobre uma situação irá permitir com que o profissional escolha pela solução que acredita ser a mais correta para aquela determinada situação, pautada em uma decisão moral.

Portanto, trabalhar na área da saúde exige dos profissionais uma percepção apurada a respeito de situações bioéticas e após, uma tomada de decisão com responsabilidade e respeito ao próximo e com a equipe que vive sob o mesmo ambiente, sendo este um grande desafio enfrentado em todos os serviços de assistência a saúde, incluindo o serviço de reabilitação estudado.



### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Estudo foi de natureza qualitativa, sendo um estudo exploratório-descritivo-exploratório do tipo estudo de caso único. Este tipo de abordagem buscou entender o contexto vivenciado pelos profissionais que atuam no local, bem como ter uma maior interação com o objeto do estudo, visando a melhor compreensão da realidade.

O termo pesquisa qualitativa quer dizer qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de processos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Pode se referir a pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos e também a pesquisa sobre funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenômenos culturais e interação entre nações. Os métodos qualitativos podem ser utilizados para expor áreas substanciais sobre as quais pouco se sabe ou sobre as quais se sabe muito, para ganhar novos entendimentos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A abordagem qualitativa é aquela em que o investigador sempre faz alegações de conhecimento com base principalmente em perspectivas construtivas de significados múltiplos das experiências individuais, significados sociais com o objetivo de construir uma teoria padrão. O pesquisador coleta dados emergentes abertos com o objetivo principal de desenvolver temas a partir dos dados. É fundamentalmente interpretativa. (CRESWELL, 2007).

Nesse sentido, o estudo almejou o conhecimento de uma realidade na qual não cabe a quantificação, por se tratar de um universo de questões subjetivas: representações sociais, ancoradas em significados, crenças e valores, em atitudes num espaço de relações - prática assistencial -, informações não compatíveis com as operações de variáveis (MINAYO, 2008).

A opção pela pesquisa do tipo exploratório fundamentou-se na existência de poucos estudos com tal especificidade. Esse tipo de pesquisa tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para auxiliar nos estudos posteriores (GIL, 1999). A fase exploratória da pesquisa tem importância fundamental de superar o empirismo nas abordagens das questões sociais (MINAYO, 2008).

Quanto à abordagem exploratória e descritiva pode ser utilizada por existir interesse em explorar, conhecer, descrever através de dados

subjetivos e profundos uma situação não conhecida, permitindo ao pesquisador aumentar sua experiência em torno dela, criando maior familiaridade, de modo que possa ao final do estudo apresentar sugestões ou intervenções e não somente informações (LEOPARDI, 2002).

Estudo de caso é uma investigação sobre uma única situação, em que se busca o aprofundamento dos dados, sem preocupação sobre a frequência da ocorrência. É uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e no contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2010).

Reúne o maior número possível de informações por meio de diferentes técnicas de levantamento de dados e evidências como: observação, entrevista, *focus group*, análise de conteúdo, questionário. Busca de maneira criativa apreender a totalidade da situação – analisando a multiplicidade e complexidade do caso, construindo uma teoria que possa explicá-lo e prevê-lo. O estudo de caso possibilita a penetração em uma realidade social, não conseguida plenamente por um levantamento amostral e avaliação exclusivamente quantitativa (MARTINS, 2008).

Em outras palavras, o método de estudo de caso busca entender um fenômeno da vida real em profundidade, levando em conta as condições do contexto atual que se aplica em um local, que neste estudo específico foi o Centro de Reabilitação.

### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado em um centro de referência de reabilitação no estado de Santa Catarina. O Centro de Reabilitação em estudo é uma instituição pública, pertencente à Secretaria Estadual da Saúde (SES) e vinculada à Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR). Localizada na cidade de Florianópolis, o serviço é especializado no atendimento a pessoas com deficiência física, com abrangência a todo o estado de Santa Catarina, sendo que a admissão de profissionais para o local ocorre mediante concurso público.

O serviço apresentou seu cadastro como estabelecimento de saúde apenas em 30/10/2001 e sempre apresentou sede própria. Segundo dados da Secretaria Estadual, o local de estudo disponibiliza serviços ambulatoriais voltados a neuroreabilitação adulto, reabilitação pediátrica, reabilitação músculo esquelética, reabilitação

cardiopulmonar, Programa de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção - OPMAL, Programa de tratamento de espasticidade e distonia com toxina botulínica, acompanhamento de ostomizados e outras atividades integradas aos programas: Hidroterapia e Programa de Atividades Domiciliares e Comunitárias - PADC. Horário de funcionamento ocorre de segunda a sexta das 07:00 as 19:00 horas.

Estruturalmente conta com aproximadamente 18 salas, divididas em: reabilitação neuromuscular adulto; reabilitação pediátrica; reabilitação musculoesquelética adulta; hidroterapia/turbilhão; recuperação e estimulação para desenvolvimento de atividades diárias; laboratório de próteses e órteses; consultórios médicos de ambulatório adultos e pediátricos; sala de toxina botulínica; sala de procedimentos de enfermagem; sala de terapia ocupacional; sala de oxigenoterapia domiciliar; sala de atendimento do serviço social e demais serviços administrativos.

Com relação aos recursos humanos, o serviço dispõe de profissionais Enfermeiro, Médico (Cardiologista, Ortopedista, Fisiatra, Neurologista), Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Nutricionista, Educador Físico, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Técnico de Enfermagem, Técnico de Prótese e Órtese, além de servidores administrativos. Estes dados foram obtidos em uma visita ao serviço antes de iniciar o estudo e comprovado através das entrevistas, onde se conseguiu contemplar a maior parte da equipe de saúde que trabalha no CR.

Por ser um serviço de referência estadual, o ingresso do usuário ocorre através de encaminhamentos via regionais de saúde, que são notificadas pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que por sua vez contam com o apoio dos Programas de Saúde da Família (PSF). Através deste encaminhamento, o centro de reabilitação realiza uma triagem, nomeada avaliação de ingresso para identificar as reais necessidades do usuário e dessa forma disponibilizar um atendimento de acordo com as necessidades apresentadas. Inicialmente o usuário passa a desenvolver atividades semanais e conforme evolução aumenta-se o intervalo de tempo entre as sessões. A preparação da alta ocorre através do espaçamento das sessões com uma mensal, após trimestral, semestral e anual, até que o mesmo não necessite mais dos serviços do centro de reabilitação. A contra referência acontece do Centro de Reabilitação junto as SMS e PSF da cidade de origem do usuário. Vale ressaltar que o centro de reabilitação é um local que visa estimular a recuperação e independência do usuário e não a institucionalização do mesmo.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes do estudo foram trabalhadores da equipe de saúde do centro de reabilitação. Foi utilizado como critérios de exclusão dos participantes: profissionais que exercessem atividade profissional no local há menos de 06 (seis) meses e profissionais que estivessem afastados do trabalho por qualquer motivo (férias, licença e outros).

A entrada no campo ocorreu por meio de uma visita a instituição, com agendamento de horário junto à coordenadora para explicar os objetivos do estudo e deixar uma cópia do projeto. Após apreciação do projeto e liberação (Anexo A) da realização da pesquisa, foi enviado pela própria coordenação do CR uma Comunicação Interna para os profissionais da equipe de saúde explicando sobre o desenvolvimento deste estudo e solicitando a manifestação dos profissionais que desejassem participar. Alguns profissionais fizeram menção do desejo de participar, entre eles: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistente social, nutricionista, psicóloga, educador físico, terapeuta ocupacional e técnicos de enfermagem. Houve interesse por parte da fonoaudióloga, porém como a mesma se encontrava em licença maternidade, no período da coleta de dados, esta foi excluída do estudo. Todos os profissionais que participaram eram concursados e efetivos da instituição.

A identificação dos participantes foi através da letra P, significando profissional, seguida de numeração sequencial (exemplo 1, 2, 3) (exemplo: P1, P2, P3) preservando dessa forma a identidade dos participantes do estudo. Neste caso não se percebeu a necessidade de elencar uma letra que caracterizasse a profissão do entrevistado, inicialmente pelo serviço ter características multiprofissionais e por desejar identificar o processo de trabalho da equipe de saúde e não das distintas profissões que atuam no local.

Todos os profissionais da saúde que desejaram participar e que corresponderam aos critérios de inclusão do estudo foram entrevistados, totalizando 16 entrevistas, contemplando a maior parte dos profissionais que atuam no CR e possibilitando a saturação teórica das informações que se buscou. O conceito de saturação teórica se refere ao estabelecimento de critérios para a identificação dos participantes objetivando uma seleção que proporcione os dados necessários para atingir os objetivos estabelecidos e a suspensão da inclusão de novos participantes quando os dados coletados passarem a apresentar redundância ou repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Antes da entrevista foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) em duas vias, ficando uma para o participante e a outra para o entrevistador.

### 3.4 COLETA DE DADOS

O estudo de caso conta com muitas formas de coleta de dados como: documentação, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participativa e artefatos físicos (YIN, 2010). A coleta de dados aconteceu nos meses de abril e maio deste ano e como instrumentos foram considerados a entrevista e observação direta.

O primeiro método utilizado foi a entrevista semiestruturada (Apêndice B), através de um instrumento com perguntas abertas e fechadas previamente elaboradas. As entrevistas de estudo de caso exigem que o pesquisador opere em dois níveis ao mesmo tempo: satisfazendo as necessidades da linha de investigação, enquanto, simultaneamente, apresenta questões “amigáveis” e não ameaçadoras durante as entrevistas abertas (YIN, 2010).

Durante a entrevista, os conteúdos da teoria subjetiva são reconstruídos (...). As relações formuladas nessas questões servem ao propósito de tornar o conhecimento implícito do entrevistado mais explícito (...). Uma meta das entrevistas semiestruturadas em geral é revelar o conhecimento existente de modo a poder expressá-lo na forma de respostas, tornando-se, assim, acessível à interpretação (FLINK, 2004).

As entrevistas foram realizadas de maneira individual e previamente agendadas conforme a disponibilidade dos participantes, em local de trabalho, porém sem interferir na assistência ao usuário. Foram captadas através de gravador digital, com transcrição posterior das mesmas.

Ainda, foi utilizada no decorrer da entrevista como instrumento de auxílio, especificamente nas perguntas 11 e 12, uma escala de gradação do estresse, elaborada pela própria autora (Apêndice C). Nela, continham “carinhas” (*emotions*) seguidas das gradações correspondentes, onde o participante identificava a que melhor se aproximava do que acreditava ser a resposta para o questionamento realizado. A escala foi elaborada como instrumento de auxílio, pelo fato de facilitar a visualização e a reflexão do entrevistado quando questionado sobre a gradação de estresse.

O segundo instrumento utilizado foi à observação direta, com a finalidade de captar não somente as informações verbais, porém as dinâmicas de trabalho e linguagem não verbal expressa pelos participantes no local de atuação. As técnicas observacionais são procedimentos empíricos de natureza sensorial. A observação direta ao mesmo tempo que permite a coleta de dados de situações, envolve a percepção sensorial do observador, distinguindo-se, enquanto prática científica, da observação da rotina diária (MARTINS, 2008). Para obter êxito na técnica, foi necessária a utilização de um roteiro de observação (Apêndice D), a fim de ter um mínimo de padronização e de formalidade (MINAYO, 2008). Com o auxílio do roteiro, foram realizadas observações nos dias em que haviam entrevistas agendadas. As situações observadas apresentaram relação com a rotina e processo de trabalho dos profissionais como: atendimento individual aos usuários e familiares; sessões de reabilitação; encaminhamentos de usuários para unidades básicas; agendamento de consultas; comunicação entre os profissionais do mesmo setor, entre setores distintos e com a chefia do local; além de situações relacionadas à dinâmica de trabalho do local.

Imediatamente após a observação no local, o relatório de observação foi preenchido com todas as impressões e memórias da pesquisadora sobre o ocorrido. Neste caso a observação foi utilizada como complemento das entrevistas que haviam sido realizadas anteriormente, servindo para reforçar a discussão dos achados.

### 3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para organização dos dados qualitativos foi utilizado como instrumento o software ATLAS-Ti versão 7.0, pois com ele foi possível organizar a análise e gerenciar diferentes documentos utilizados na coleta de dados como as respostas às questões abertas dos questionários e roteiro de observação. O software ATLAS-Ti permite a descoberta de fenômenos complexos, os quais, possivelmente, não seriam detectáveis na simples leitura do texto, principalmente, em relação à técnica tradicional de tratamento dos dados manualmente (QUEIROZ; CAVALCANTE, 2011). Vale destacar, que é necessário conhecer as potencialidades do software, pois nenhum programa realiza todo o procedimento de análise independente do pesquisador.

A análise dos dados foi realizada a partir das transcrições das entrevistas, releitura dos roteiros de observação e organização dos achados. Segundo YIN (2010, p.159) “A análise de dados consiste em examinar,



categorizar, classificar em tabelas, testar ou, do contrário, recombinar as evidências qualitativas e quantitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo”.

Após a transcrição, foram realizadas a leitura e a releitura destas; análise individual das entrevistas; seleção e identificação das unidades de significado; organização das unidades de significado por semelhança de conteúdo; e constituição das categorias. Após a categorização, foi realizada uma análise reflexiva e interpretativa dos dados obtidos, baseado no referencial teórico (DYNIEWICZ, 2007).

Indo ao encontro com o descrito acima, a análise dos dados se realizou através da transcrição de entrevistas, das quais os excertos foram nominados e agrupados em classes semelhantes, constituindo grupos que transmitiam as principais ideias da pesquisa. As classes identificadas após análise foram defrontadas com os objetivos da pesquisa buscando desvelar, na perspectiva dos trabalhadores, as singularidades do trabalho realizado pela equipe de saúde do local estudado. Os roteiros de observação serviram como complemento das entrevistas transcritas fornecendo subsídios para enriquecer a análise e discussão de resultados.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Durante o decorrer do estudo foram respeitados os preceitos da ética e bioética em pesquisa de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, relacionado aos aspectos éticos com seres humanos. Os sujeitos foram convidados a participar, sendo esclarecidos os objetivos da pesquisa e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice A). O termo foi assinado juntamente pelo pesquisador e pelos sujeitos, após esclarecimento sobre a pesquisa, risco e consequência, bem como direito à desistência a qualquer momento, sem qualquer dano ou prejuízo. Além disso, foi entregue uma via do TCLE ao participante e outra ficou em posse do pesquisador para arquivamento.

Foram mantidas as questões éticas durante todos os momentos da pesquisa, respeitando a relação pesquisador e sujeitos, mantendo o sigilo e anonimato inclusive na transcrição das entrevistas onde a identificação do entrevistado ocorreu através da letra P, de profissional, seguida do número sequencial da realização da entrevista.

Este estudo foi submetido e aprovado sem ressalvas pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal de Santa

Catarina em 11/03/2013, com número de parecer 216.396 (Anexo B). Além disso, foi fornecido declaração de anuência e autorização da instituição para o desenvolvimento do estudo (Anexo A).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os achados encontrados resultaram em dois artigos, descritos abaixo.

### Artigo 01:

#### **Trabalho em reabilitação física: características da atuação da equipe de saúde<sup>1</sup>**

Ana Paula Trombetta<sup>2</sup>

Flavia Regina Souza Ramos<sup>3</sup>

**RESUMO:** A importância de estudar o processo de trabalho nas práticas assistenciais auxilia a equipe na compreensão de seu próprio funcionamento e da organização do serviço. Este é um tema pouco explorado na atenção à pessoa com deficiência física, apesar da atualidade e relevância do tema e de diversas portarias ministeriais de incentivo à inclusão da pessoa com deficiência física nos serviços de saúde e reabilitação do Sistema Único de Saúde – SUS. O estudo teve por objetivo conhecer, na perspectiva dos trabalhadores, o processo de trabalho da equipe de saúde no cuidado a pessoa com deficiência de um centro de referência em reabilitação física. Estudo de natureza qualitativa, exploratório-descritivo, tipo estudo de caso. Os dados foram obtidos por entrevista semiestruturada e observação com a equipe de reabilitação, totalizando 16 participantes. A análise permitiu descrever as atividades ofertadas pelos diversos setores do Centro de Reabilitação (CR), bem como a visão da equipe acerca dos elementos do processo de trabalho e sua relação com a deficiência física, a organização de trabalho e a forma que a equipe consegue atuar mediante algumas dificuldades

---

<sup>1</sup> Resultado parcial da Dissertação de Mestrado intitulada Singularidades do trabalho de um centro de reabilitação sob a perspectiva da equipe de saúde.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis. Endereço para correspondência: Amaro Antonio Vieira, 2108, apto 306 - Itacorubi. CEP: 88034-120. Telefone: (48) 9946-7722. E-mail: ana\_trom@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora (Pq CNPq) e Líder do Grupo de Pesquisa Práxis. E-mail: [flaviar@ccs.ufsc.br](mailto:flaviar@ccs.ufsc.br).

identificadas. O CR apresenta-se estruturado de maneira adequada para proporcionar assistência em reabilitação física, sendo identificada lacuna importante quanto à formação específica dos profissionais, pela carência de especialização nesta área. Sugere-se que a comunicação seja utilizada como ferramenta para aproximação das relações, favorecendo o aprimoramento de uma assistência interdisciplinar por parte da equipe de saúde.

**Palavras-chave:** Pessoas com deficiência. Centros de reabilitação. Equipe de assistência ao paciente.

**ABSTRACT:** The importance of examining the labor process on care practices helps the team to understand their own functioning and service organization. This is a relatively unexplored topic in relation to the physical disability care, despite its timeliness, relevance and various ministerial decrees in order to encourage the inclusion of these patients in the services of health and rehabilitation at the Unique Health System (SUS). The study aimed to know, through the workers' perspective, the labor process of the health team about the physical disability care at a referral center for physical rehabilitation. This is a qualitative, exploratory-descriptive research of unique case study type. Data was obtained by semi-structured interviews and observation along with the rehabilitation team, totaling 16 members. The analysis allowed describing the activities offered by different sectors of the Center for Rehabilitation (CR). Also, it referred to the team's vision about the elements of the working process and its relationship with physical disabilities, labor organization and the way in which the team is able to work through some identified difficulties. The CR is structured in an appropriate way in order to provide rehabilitation care for the users, identifying an important gap regarding the professionals' special training and lack of expertise in this area. It is recommended to use the communication as a tool for relationships' approach, favoring the improvement of an interdisciplinary care on behalf of the health team.

**Keywords:** Disabled Persons; Rehabilitation Centers; Patient Care Team.

**RESUMEN:** La importancia de estudiar el proceso del trabajo en las prácticas asistenciales ayuda al equipo en la comprensión de su propio funcionamiento y de la organización del servicio. Este es un tema poco investigado en la atención a la deficiencia física, a pesar de la actualidad

y relevancia del tema y de las diversas leyes ministeriales de incentivo para la inclusión del deficiente físico, en los servicios de salud y rehabilitación del Sistema Único de Salud (SUS). El objetivo del estudio fue conocer, en la perspectiva de los trabajadores, el proceso de trabajo del equipo de salud en el cuidado al deficiente de un centro de referencia para la rehabilitación física. Estudio de naturaleza cualitativa, exploratorio-descriptivo y tipo de estudio de caso único. Los datos fueron obtenidos por entrevistas semiestructuradas y la observación con el equipo de rehabilitación, totalizando 16 participantes. El análisis permitió describir las actividades ofrecidas por los diversos sectores del Centro de Rehabilitación (CR), como también la visión del equipo acerca de los elementos del proceso de trabajo y su relación con la deficiencia física, la organización del trabajo y la forma en que el equipo consigue actuar mediante algunas dificultades identificadas. El CR se presenta estructurado de manera adecuada para proporcionar asistencia en la rehabilitación a los usuarios, siendo identificada una falla importante en relación a la formación específica de los profesionales, por la falta de especialización en esta área. Se sugiere que la comunicación sea utilizada como una herramienta para la aproximación de las relaciones, favoreciendo el perfeccionamiento de una asistencia interdisciplinaria por parte del equipo de salud.

**Palabras clave:** Personas con discapacidad; Centros de Rehabilitación; Grupo de Atención al Paciente.

## INTRODUÇÃO

Pessoas com deficiência constituem um grupo heterogêneo, que reúne indivíduos com vários tipos de deficiência física, sensorial, intelectual e mental. Por conseguinte, as ações de saúde voltadas para esse segmento têm que considerar um mosaico de diferentes necessidades (BERNARDES et al, 2009). Em função dessa diversidade, neste estudo optou-se por trabalhar com a deficiência física e com os profissionais que atuam diretamente com esses indivíduos.

Segundo o Decreto nº 3.298, de 20/12/1999 da Legislação Brasileira e a OMS (2011), deficiência física corresponde à alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, que acarreta o comprometimento da função física, com perda de função motora total ou parcial, amputação ou ausência de membros, paralisia

cerebral, deformidades congênitas ou adquiridas, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (OMS, 2011).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência - PNSPD, instituída pela Portaria MS/GM nº1.060 de 05/06/2002, é voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se por reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano de modo a contribuir para a inclusão plena em todas as esferas da vida social. Além disso, visa proteger a saúde e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências através de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2010).

Considerando a necessidade de organizar a assistência à pessoa com deficiência física com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde, a Portaria MS/GM nº 818 de 05/06/2001 define os serviços de reabilitação física e a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência. As ações assistenciais são executadas em unidades especializadas de abrangência regional, qualificadas para atender às pessoas com deficiência. As equipes multiprofissionais são formadas por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacional, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas. Estas fazem o trabalho de avaliação de cada caso e também o planejamento do processo de reabilitação (BRASIL, 2009). A Rede Estadual Catarinense possui um Centro de Reabilitação (CR) que é referência estadual (SANTA CATARINA, 2008), e este é o único serviço que realiza um trabalho em saúde especificamente voltado à reabilitação do deficiente físico no estado, apesar de estar previsto no plano diretor do estado a criação e funcionamento de dois centros em reabilitação física.

Entende-se por reabilitação conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiência a buscar/manter uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente, buscando melhoria da funcionalidade individual. Esta acontece durante um período determinado de tempo, envolvendo intervenções simples ou múltiplas, realizadas por uma pessoa ou por uma equipe de profissionais de reabilitação (OMS, 2011).

O trabalho em saúde é aqui entendido como àquele realizado por diversos sujeitos, profissionais e trabalhadores, em geral com formação na área, caracterizado pelo ato de cuidar, com o objetivo de atingir a cura, a reabilitação ou minorar o sofrimento e promover o bem-estar (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011).

De acordo com Pires (2008) o processo de trabalho em saúde tem como finalidade essencial a ação terapêutica e a assistência em saúde envolvida neste processo de trabalho é prestada por diversos trabalhadores, sendo o produto deste trabalho indissociável deste processo, ou seja, é consumido no próprio ato de sua realização. Assim, o trabalho em saúde é caracterizado por uma “*relação entre sujeitos*” onde o cuidador e o sujeito ao ser cuidado possuem diversas óticas no processo de cuidar que são influenciadas pelas necessidades e concepções culturais (PIRES, 2009).

Com relação ao processo de trabalho, temos como elementos importantes a serem destacados o objeto de trabalho, força de trabalho, finalidade, instrumentos e produto do trabalho. Diversos autores adotam que o objeto de trabalho da enfermagem é a pessoa, ou grupo de pessoas, que será transformada através do cuidado de enfermagem, tanto na ação de educar quanto na ação do cuidar (LEOPARDI; GELBKE; RAMOS, 2001; PIRES, 2008; 2009) e este conceito foi o considerado também neste estudo.

Força de trabalho é o coletivo de trabalhadores, ou seja, os diversos profissionais que são treinados para realizarem as atividades, que mantém a organização da instituição e os quais possuem os conhecimentos necessários de forma a prestar assistência às pessoas (PIRES, 2008; PIRES; LORENZETTI; GELBCKE, 2010).

A finalidade é o que rege o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que se estabelecem os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho sejam estas ações de cunho preventivo, curativo ou de reabilitação (PIRES, 1998; CAPELLA, 1998).

Ainda, Pires (2009) considera, com base em Marx, que os instrumentos de trabalho, que podem ser equipamentos ou máquinas, bem como saberes e conhecimentos que orientam condutas e maneiras de organização e de realização do trabalho.

Por fim, entende-se que produto do trabalho é a efetivação do cuidado e da assistência prestada aos usuários. O produto é indissociável do processo de produção, é a própria assistência que é produzida e consumida simultaneamente (PIRES, 2009).

Pensando na prática da reabilitação física e no cuidado a ser prestado ao deficiente, pode-se afirmar que não é possível manter um processo de trabalho adequado e exitoso sem que ocorra a integração dos diversos profissionais. A prática interdisciplinar exige que os profissionais utilizem saberes operantes particulares, baseados em distintas lógicas de julgamento e de tomada de decisão quanto à

assistência a se prestar, de forma compartilhada e negociada (CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Permite uma compreensão ampliada do objeto de trabalho em saúde, pela interação entre os profissionais, bem como pela articulação entre os diversos saberes e fazeres presentes no trabalho em saúde.

Com base no exposto, o estudo apresentou como objetivo conhecer, na perspectiva dos trabalhadores, o processo de trabalho da equipe de saúde no cuidado ao deficiente de um centro de referência em reabilitação física.

## **METODOLOGIA**

O estudo é de natureza qualitativa, sendo um estudo exploratório-descritivo do tipo estudo de caso único. Este tipo de abordagem busca entender o contexto vivenciado pelos profissionais que atuam no local, bem como ter uma maior interação com o objeto do estudo para melhor compreendê-lo em seu próprio contexto.

O local escolhido foi um centro de referência de reabilitação física no estado de Santa Catarina, de caráter público, pertencente à Secretaria Estadual da Saúde (SES) do mesmo estado. As atividades que o serviço disponibiliza estão relacionadas à reabilitação neuroadulto; reabilitação músculo esquelético; tratamento de espasticidade e distonia com aplicação de toxina botulínica; reabilitação pediátrica; reabilitação cardiopulmonar; programa de órteses, próteses e meios de locomoção auxiliares – OPMAL. Apesar da diversidade de atendimentos, o presente estudo abordou mais detidamente os profissionais que atuam nos três primeiros serviços citados, por serem os que integram maior número de profissionais e atendimentos ofertados pela instituição. Os participantes foram trabalhadores da equipe de saúde do centro de reabilitação. Foi utilizado como critérios de exclusão profissionais que exercessem atividades no local a menos de 06 (seis) meses ou que estivessem afastados do trabalho por qualquer motivo (férias, licença e outros). Participaram da pesquisa 16 profissionais, dispostos da seguinte forma: 03 enfermeiros, 03 médicos, 03 fisioterapeutas, 02 técnicos de enfermagem, 01 educador físico, 01 nutricionista, 01 psicóloga, 01 terapeuta ocupacional e 01 assistente social, contemplando dessa forma a maior parte da equipe multidisciplinar do local estudado.

A coleta de dados ocorreu de abril a maio de 2013, por meio de entrevista semiestruturada individualizada, agendada conforme a disponibilidade dos participantes, e observação das atividades realizadas pelos mesmos durante o horário de trabalho.



Para organização dos dados qualitativos foi utilizado o software ATLAS-Ti 7.0, pois com ele é possível analisar e gerenciar diferentes tipos de dados. A análise dos dados realizou-se através da transcrição das entrevistas, das quais os excertos nominados foram agrupados em classes semelhantes e formaram grandes grupos transmitindo as ideias principais identificadas na pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – CEP UFSC (Parecer nº 216.396 de 11/03/2013), seguindo as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A proposta de dissertação de mestrado integrou o macroprojeto (financiado pelo Edital PRONEX), “O cuidado a saúde do deficiente físico em Santa Catarina: realidade e desafios”.

## RESULTADOS

Para tornar mais clara a organização e a oferta do cuidado, ingresso e fluxo do de atividades dentro do serviço, optou-se por descrever separadamente o funcionamento de cada setor.

**Reabilitação neuroadulto e musculoesquelético:** é o setor que apresenta o maior número de profissionais atuantes. O usuário vem proveniente das unidades de saúde ou com encaminhamento das secretarias municipais de saúde dos municípios do estado e passam por uma avaliação inicial que é realizada pelo médico fisiatra, fisioterapeuta e enfermeiro e é nesse momento que são traçadas as atividades iniciais do usuário dentro do serviço. De maneira geral, os atendimentos são programados e agendados, não existindo demanda livre dentro deste setor. Exceções ocorrem no atendimento da enfermagem, quando um usuário necessita aferir a pressão ou realizar um hemoglicoteste, por exemplo, e no atendimento do serviço social, no qual os usuários e familiares procuram conforme a necessidade. Quando a equipe identifica que o usuário está bem adaptado, o mesmo é encaminhado para alta do serviço. Após a alta, o usuário permanece vinculado ao serviço médico e possui retorno em três meses, seis meses, um ano e após será encaminhado para a unidade de saúde mais próxima do domicílio para acompanhamento.

**Tratamento de espasticidade e distonia com aplicação de toxina botulínica:** nesta atividade, os profissionais que atuam são o médico neurologista e fisiatra que realizam a aplicação e técnico de

enfermagem que auxilia o médico no procedimento. O ambulatório ocorre semanalmente com pacientes internos do centro de reabilitação, ou que são encaminhados de outros centros. As avaliações variam e são agendadas bimestralmente para pacientes que são encaminhados de outros locais e de quatro a seis meses, para pacientes do centro de reabilitação.

**Reabilitação pediátrica:** neste setor são atendidas crianças com diagnóstico principal de paralisia cerebrais e familiares, que são encaminhados das unidades de saúde ou hospitais infantis. A avaliação inicial é realizada pela médica fisiatra e fisioterapeuta. As atividades se voltam para adaptação à atividades diárias, como aprender a comer, pegar um lápis, vestir-se, além de atividades de suporte para familiares, principalmente mães, que são mais atuantes junto ao tratamento nestes casos. As reavaliações pós-alta do programa ocorrem pelo ambulatório de pediatria, a cada três ou quatro meses, sendo agendadas avaliações mais espaçadas, semestrais ou anuais, bem como encaminhado para acompanhamento de suporte na unidade de saúde mais próxima do domicílio.

**Reabilitação cardiopulmonar:** nesta atividade atua o fisioterapeuta especialista na função respiratória e o ingresso dos pacientes é mediante encaminhamento do Hospital Nereu Ramos, pela especificidade de atendimento em pneumologia e, ainda, de pacientes internos dos setores do próprio centro de reabilitação. Também existe o encaminhamento de crianças, tanto do Hospital Infantil como por pneumo-pediatras dos postos de saúde ou policlínicas de referência. A única restrição para ingresso no programa é o usuário tabagista. Em casos de paciente crônicos da função respiratória, existe um processo de orientação e avaliação prolongada até a obtenção da alta.

**Programa de órteses, próteses e meios de locomoção auxiliares – OPMAL:** funciona como ambulatório realizado pelo médico fisiatra, onde ocorre a avaliação do usuário amputado e indicação do tipo de material ou acessório para a protetização. O usuário recebe orientações do setor de enfermagem sobre preparo do coto para a protetização. Ainda, o usuário é submetido à consulta cardiológica. Após a alta, a avaliação do fica vinculada ao fisiatra.

Após a breve descrição das atividades de cada setor, buscou-se identificar informações relevantes à temática do processo de trabalho da equipe do CR e estas foram categorizadas de acordo com alguns elementos do trabalho.

#### a) Organização do trabalho

De maneira geral, as atividades desenvolvidas na instituição não possuem protocolo de assistência que direcione o cuidado prestado a pessoa com deficiência. Muitos profissionais reclamam do excesso burocrático por acreditarem que esse fator reduz o tempo de atendimento ao usuário do serviço.

*Acho que um pouco de dificuldade que enfrento aqui é o grande volume de atividades administrativas [...] eu acho que nós deveríamos nos organizar melhor em relação a isso. [...] as vezes a gente preenche papel demais, então acho que poderia ter uma organização administrativa no sentido de otimizar esse fluxo de papéis e informação do atendimento (P13)].*

Em relações ao trabalho da equipe, esta apresenta boa interação e relação de trabalho, evidenciada em maior intensidade nos pequenos núcleos das atividades ofertadas pela instituição. Apresenta como ponto forte a troca de saberes e abertura para a comunicação e participação nos pequenos grupos de trabalho. As equipes que atuam em setores distintos dificilmente conseguem interagir entre si. Existe uma relação de respeito mútuo entre os profissionais, porém em alguns momentos pode-se perceber a existência de relações conflituosas, principalmente aqueles profissionais que pessoalmente se relacionam pouco com a gerência e dos profissionais que trabalham próximos a ela.

*[...] pego paciente e percebo que ele tá ficando meio deprimido ou desanimado e ele ainda não tem um suporte psicológico daí eu encaminho para o psicólogo fazer esse atendimento que essa avaliação. Se eu percebo que tenho uma dificuldade de fala e escrita ou memória encaminha para a fono. Então isso existe e não tem tanto problema (P1).*

*Acho que com relação às relações técnicas nós temos um bom entrosamento lógico que tem muitas vezes algumas diferenças da questão do administrativo com o técnico, então essa interface é que precisaria estar caminhando um pouco mais sintonizada e isso às vezes cria algumas dificuldades (P13).*

*[...] eu sinto que aqui é muito duas medidas, o que pode para um não pode para o outro e daí isso uma vez me irritava mais agora*

*não estou nem aí. Eu faço meu trabalho, discuto com a minha equipe e é mais tranquilo (P16).*

A comunicação é identificada como satisfatória, embora sejam percebidas falhas na comunicação entre profissionais de setores distintos e limitações das formas de comunicação escrita, já que conversas informais entre os profissionais sobre os usuários, não são registradas no prontuário. A comunicação com os usuários é vista como adequada, porém ainda existem relatos de que pode melhorar.

*Eu acho que gente sai de um setor para outro para colocar os pontos de vista, a gente faz essa rede aqui de uma forma... ela não acontece sempre as mil maravilhas, mas é importante sim essas dificuldades, esses intempéries aí, no meio do caminho, nos fortalece, nos esclarece, nos amadurece, mas eu considero uma comunicação boa (P5).*

*A comunicação é boa, mas eu acho que poderia ter melhor; não exatamente essa comunicação de corredor, mais muita coisa que a gente discute não fica registrado em prontuário, então essa comunicação escrita e registrada ela é deficiente (P8).*

Profissionais relatam condições de trabalho adequadas, pois possuem o mínimo necessário para desenvolver as ações de reabilitação. Fragilidades identificadas se referem à estrutura física, falta de recursos humanos e sobrecarga de atividades.

*Acho que primeira grande dificuldade que a gente enfrenta é a falta de recursos em geral, recursos materiais e recursos humanos [...] porque isso é que impede muitas vezes de a gente oferecer algo a mais para o paciente (P8).*

A queixa de quantitativo ineficaz se sobressai, principalmente em relação aos profissionais fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e fonoaudiólogos. Profissionais dos setores administrativos também foram citados, pois o que ocorre atualmente é o desvio de função de outros profissionais para suprir a deficiência nos setores administrativos.

*A questão de recursos humanos está bem aquém da nossa necessidade, em todos os setores aqui na reabilitação. Nós estamos o*

*tempo inteiro tendo que transferir o funcionário daqui pra lá, por exemplo: nós temos uma enfermeira lá nas contas médicas, nós temos uma técnica de enfermagem aqui no papel, quando poderia ter um administrativo (P5).*

Ademais, a equipe organiza de maneira satisfatória o fluxo e as atividades voltadas ao usuário do serviço. Evidenciam-se barreiras que impedem o funcionamento do fluxo de atividades de maneira adequada, tendo a reunião como instrumento de organização do trabalho da equipe.

*Nesse trabalho, cada profissional tem a sua agenda, então cada profissional atende o seu paciente. Esse paciente passa por uma avaliação de ingresso e é assim que ele ingressa nas atividades [...](P9).*

*A organização acontece muito em função de demanda, algumas vezes tem-se surgido a necessidade de fazer pesquisa, de entrar nesta parte de educação e até registrar aquilo que tem sido feito através de algum protocolo ou de publicações que aos poucos começa a se mostrar necessário, mas muito mais por questões de agendamento mesmo (P07).*

A tomada de decisões acontece, em alguns momentos, de maneira individual e outras em conjunto com a equipe. Durante a assistência diária, o profissional possui autonomia, pautada no saber científico e técnico inerente a cada profissão, para decidir a melhor assistência à pessoa com deficiência. Em caso de necessidade de decisões mais complexas, como a desvinculação ou alta do programa, estas são compartilhadas e discutidas pelo grupo, bem como situações pontuais que exijam um pouco mais de cuidado por parte dos profissionais.

*O trabalho de maneira geral é individual por setor, tem os momentos em que se reúnem, mas se eu for programar um tratamento, isso vai ser de forma individual (P14).*

*Cada um tem o conhecimento da sua parte técnica e estrutura trabalho a partir daquilo que o conhecimento técnico exige, então, cada um estrutura dessa forma (P12).*

Um tópico que merece destaque é o trabalho em equipe, referida como motivo de orgulho, por considerarem que realizam um trabalho interdisciplinar.

*Porque nós todos sentamos para discutir, vou até informalmente, os casos e conversa em equipe. Acredito que o que se considera como trabalho interdisciplinar é exatamente isso (P8).*

#### b) Força de Trabalho

A equipe de saúde foi identificada como força de trabalho dentro do serviço, bem como a falta de alguns profissionais acarreta na deficiência e fragilidade deste elemento. Além disso, trabalhadores afirmam não possuir formação específica na área de reabilitação. A dualidade de ensinar versus aprender também foi evidenciada no sentido de aprender com e durante a prática assistencial.

*[...] quando saí da universidade [...], nós fomos orientados para tudo menos para como conviver com pessoas com deficiência; a gente foi educado para sempre trabalhar o esforço físico, a performance, o bem-estar muscular e tudo mais, mas não nos orientaram que tudo isso funciona se você tem um cérebro funcional te ajudando; então quando eu entrei aqui em 1991, eu entrei assim sem nada, tive que atender pacientes com paralisia cerebral e era uma loucura (P4).*

*[...] Então para que eu viesse trabalhar aqui eu tive que entender o que é um contexto de um lesado medular, eu tive que entender o que é a lesão medular (P5).*

#### c) Finalidade do Trabalho

Profissionais acreditam que a finalidade do tratamento é a reabilitação ou melhoria da funcionalidade do usuário que frequenta o serviço.

*A gente busca tornar o paciente a sua funcionalidade o quanto antes e orientar ele para quando ele tiver alta que continue com essa rotina (P10).*

*Então ele vai manter avaliações periódicas para que eu possa ver se esse quadro motor dele está se mantendo, se a gente teve alguma melhora, ou progresso ou piora que faça com que ele precise retornar ao programa de reabilitação [...] (P8).*

#### d) Objeto do Trabalho

Foi evidenciado como objeto do trabalho a pessoa com deficiência que faz uso do serviço, visto que, grande parte dos atendimentos realizados apresenta foco no usuário. Ainda, os familiares são vistos como apoiadores e são considerados parte do cuidado ao deficiente físico.

*O que é muito comum na família, [...] achar que a instituição vai resolver o problema dele, e a gente passa então outra visão, que aqui é como uma escola, nosso objetivo é ensinar a ter um cuidado com a saúde e a ser responsável por esse processo (P6).*

*Eu tenho a triste experiência de saber que muitos dos pacientes estão condicionados a se reabilitarem para ficar em casa e a família que o grande foco muitas vezes não ajuda (P4).*

#### e) Instrumentos

Profissionais descrevem materiais de consumo e equipamentos que auxiliam nas atividades inerentes a cada profissão e apenas um dos profissionais entrevistados relata utilizar a comunicação como instrumento de trabalho.

*[...] Eu vou buscando as etapas do desenvolvimento, da apreensão, transferir, segurar; também quando é um pouquinho maior o preparo para escrita [...] ver como ele vai segurar uma caneta, se precisa de uma adaptação, um lápis mais grosso, tem alguns que têm movimentos menos coordenados e precisam de um pesinho para estabilizar o movimento, mas de maneira geral o recurso é brinquedo (P16).*

#### f) Produto do Trabalho

Produto foi valorizado no sentido da assistência individual de cada profissional, porém é consenso de todos os profissionais que a

funcionalidade no usuário, por intermédio do cuidado a pessoa com deficiência física, é o produto do trabalho.

## DISCUSSÃO

O Centro de Reabilitação é um serviço que fornece atividades específicas para usuários com deficiência física e para que estes consigam ser atendidos pelos profissionais devem passar pela avaliação de ingresso. A triagem é o primeiro contato físico entre o usuário e o serviço de saúde e tem por objetivo a avaliação inicial, seleção e encaminhamento dos clientes às unidades ou especialidades adequadas à sua assistência (AZEVEDO; BARBOSA, 2007). A razão para a realização da triagem nos serviços de reabilitação é a garantia do melhor uso do recurso terapêutico pelo paciente (AZEVEDO, 2004).

A avaliação inicial ou triagem foi identificada como porta de entrada em outros serviços de referência em reabilitação e o caminho que o usuário percorre após essa avaliação depende dos profissionais que realizaram o atendimento e da evolução que o próprio usuário apresentará após a realização das atividades desenvolvidas dentro do serviço.

Como rotina, o processo de triagem no serviço pressupõe três entrevistas, com o serviço médico, social e de psicologia (AZEVEDO; BARBOSA, 2007). Diferente do referido por estes autores, a avaliação inicial do CR estudado é realizada apenas pelo médico e fisioterapeuta e em alguns momentos com a participação da enfermeira, porém a prática de encaminhamento dos usuários aos profissionais das especialidades adequadas é a mesma já descrita.

Em relação à primeira categoria, organização do trabalho, mesmo diante do processo inicial de ingresso não foi identificado um protocolo norteador das atividades em nenhum dos setores do CR estudado. Além disso, foi observado excesso de atividades burocráticas com o preenchimento de formulários comprobatórios da assistência e que diminuí a assistência efetiva ao usuário.

Estudo semelhante, porém relacionado à área de saúde mental, com características semelhantes ao do local estudado por ter atuação de equipe multidisciplinar, não disponibilizava e não demonstrava uma organização ou um organograma formalizado. Todavia, verificou-se formalização, especialmente, no que diz respeito aos prontuários dos usuários do serviço e à documentação necessária exigida pelos órgãos de



apoio e fiscalizadores, existindo assim uma “burocracia fomentada por exigências externas” (VENTURA; ARAÚJO; MOLL, 2011).

Em relação ao trabalho em equipe, estudo relacionado também à área da saúde mental, afirma que ao observar os serviços de saúde que contam com atendimento de equipe multiprofissional, percebe-se que a organização de serviços se faz de forma fragmentada; quando o trabalho em equipe é visto como processo, demanda o repensar os papéis, e as relações de poder, bem como os conteúdos já instituídos. O trabalho assim organizado superaria a inércia burocratizada dos serviços públicos de saúde e interviria na divisão vertical do processo de trabalho, considerada impeditiva da resolubilidade dos serviços. O trabalho em equipe nos serviços de saúde só se efetivará quando forem trabalhadas as relações de poder (COSTA, 2007).

No CR, os profissionais apresentam uma boa relação, principalmente entre aqueles que atuam em setores afins. A equipe apresenta abertura ao diálogo e a troca de saberes. Foram identificados pequenos conflitos relacionados ao comportamento e comunicação em profissionais que atuam em setores distintos e com a chefia do local. Indo ao encontro do estudo citado anteriormente, apesar da boa relação, a organização do serviço continua sendo de forma fragmentada, podendo favorecer a existência de conflitos de relação de poder dentro da instituição, onde profissionais se calam por medo de serem repreendidos ou punidos e, dessa forma, comprometem o trabalho em equipe no serviço estudado.

A comunicação interpessoal/interprofissional deve estar presente no processo de trabalho, pelo fato de que a ideia transmitida apresenta influencia no desenvolvimento desse processo, pois ao desqualificar as informações, o processo de construção de sujeitos fica comprometido, constituindo pessoas sujeitadas a desenvolver tarefas e não realizar a ação. Não é necessário somente organizar o serviço para obter eficácia e eficiência nas ações desenvolvidas, mas construir sujeitos sociais de práticas singulares, realizar trocas intersubjetivas e comunicação inter profissional (FERNANDES et al, 2009).

Neste caso, o aprimoramento da comunicação e a troca de saberes entre os profissionais da equipe pode ser um ponto positivo para a organização do trabalho refletindo no cuidado prestado ao usuário. Ainda, um estreitamento da comunicação entre os profissionais de setores distintos entre si e deles com a gerência também pode auxiliar em uma nova forma de organização das atividades. A comunicação se mostrou instrumento importante dentro da organização do trabalho e mesmo diante das fragilidades identificadas, não foram observados

reflexos negativos ou que comprometessem o cuidado a pessoa com deficiência física.

Estudo relacionado à área de atuação da enfermagem afirma que a expressão condições de trabalho leva em conta quem realiza determinado trabalho e qual a relação destes trabalhadores com o trabalho. Além disso, considera características relacionadas a disponibilidade de instrumentos de trabalho em quantidade e qualidade e capacitação para operá-los, condições do ambiente onde o mesmo se desenvolve (PIRES, LORENZETTI, GELBCKE, 2010).

Condições de trabalho aparecem evidenciadas pela falta de estrutura e materiais e está diretamente relacionada ao quantitativo de pessoal. Esta relação ocorre pela falta de profissionais para atuar no atendimento ao público ou então remanejamento de funcionários para cobrir demandas da instituição, o que pode justificar as filas de espera para ingresso no serviço. Além disso, a instituição apresenta inúmeras dificuldades para reposição de pessoal, em função de possuir caráter público, dependendo na maioria das vezes dos governantes e gestores estaduais para que a reposição aconteça.

De maneira geral, a reabilitação apresenta um forte sentido processual, com começo, meio e fim, para não expor o paciente e a família a extensos tratamentos, reconhecendo o melhor nível de recuperação de acordo com o estilo de perspectivas de vida do paciente e de das condições clínicas que apresenta (FARO, 2006).

A organização das atividades é descrita de maneira clara e a atuação de cada profissional na maioria das atividades é desenvolvida de maneira individual. Os participantes reconhecem pontos a serem melhorados dentro desta organização, como as relações de trabalho entre pares e com a gestão atual, embora considerem que o as condições atuais atendem as demandas de maneira adequada. Entende-se que estrutura e regras burocráticas são necessárias e subsidiárias, porém não podem se sobressair ao cuidado que será prestado, como os meios não podem subjugar os fins; e quando a burocracia passa a demandar mais que as atividades técnicas evidencia um problema de organização de serviço.

Para que a equipe consiga reabilitar o usuário, é necessário que o trabalho desenvolvido tenha uma organização adequada e, dentro dessa lógica, foram identificados alguns aspectos importantes a serem citados bem como a forma como estes se relacionam entre si e para com o deficiente físico.

A tomada de decisão quanto à terapêutica a seguir está presente nas atividades individuais desenvolvidas por cada profissional da equipe

multidisciplinar e a autonomia dos mesmos está presente no sentido de realizar encaminhamentos para outros profissionais ou ainda fornecer alta da atividade para o usuário.

Os diversos profissionais de saúde, apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, ao exercerem o seu trabalho no âmbito institucional, majoritariamente, o desenvolvem como parte de um trabalho coletivo. Esse trabalho envolve, basicamente, a avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica (PIRES, 2009).

O trabalho em equipe surge como uma estratégia para redesenhar os processos de trabalho e promover a qualidade dos serviços. A equipe representa, além das relações de trabalho, relações de saberes, poderes, e principalmente relações interpessoais. O trabalho em equipe exige o entendimento das atribuições e práticas dos demais profissionais e o reconhecimento de que o conhecimento do outro é útil e indispensável (CARDOSO; HENNINGTON, 2011). Logo, o fato de estar disponível uma composição de equipes nos serviços não corresponde necessariamente à configuração de um trabalho em equipe.

Este fato pode se relacionar a interdisciplinaridade dentro do serviço, que ainda ocorre de forma parcial, em que pese os profissionais acreditarem que realizando encaminhamentos para outras especialidades e discutindo casos conseguem concretizar plenamente tal princípio.

A atuação da equipe se caracteriza como interdisciplinar quando a prática do trabalho de uma equipe é integrada, no qual se produzem relações com base na interação dos agentes e na articulação dos saberes e fazeres. Interação é entendida como prática comunicativa que se caracteriza pela busca de consensos entre os/as envolvidos/as no processo de trabalho em saúde, de modo que estes/as possam argumentar, reciprocamente, em relação ao trabalho cotidianamente executado e construir um projeto comum. A articulação representaria as correlações entre os diferentes saberes e fazeres envolvidos no cuidado à saúde, sendo evidenciadas pelo agir dos/das profissionais (PEDUZZI, 1998).

Força de trabalho, que é a segunda categoria, foi identificada como a equipe que atua no CR e que, na maioria das vezes, desenvolve atividades de maneira individual. Uma fragilidade identificada é o quantitativo reduzido de profissionais, gerando sobrecarga de atividades para os mesmos, pois os que permanecem atendendo absorveram a demanda de pacientes dos profissionais que saíram da instituição por afastamentos ou aposentadorias e não foram repostos.

Com relação à assistência dos profissionais e pelo fato de ser uma clientela específica e complexa, espera-se que os profissionais tenham uma formação especial para atuar com este público alvo, porém este panorama não foi evidenciado no local estudado, no qual os profissionais aprendem com a prática diária. O que ocorre é a formação generalista e, em alguns casos, sem qualquer contato anterior com o deficiente físico.

Dentro do aspecto saúde e educação, a questão da pessoa com deficiência, tem representado um desafio no contexto de uma sociedade organizada para atender à chamada “normalidade”. Tal preocupação tem apontado cada vez mais para a necessidade de formação de profissionais habilitados e especializados nesta área específica de atendimento (HIGARASHI, PEDRAZZANI, 2002).

No ensino de graduação em saúde ainda persistem currículos fragmentados e estruturados em disciplinas e ciclos, concentrando o ensino teórico em sistemas orgânicos e na visão biomédica. Apesar das mudanças em curso o modelo hospitalocêntrico é hegemônico e temáticas relevantes não recebem o mesmo olhar ou a mesma importância. Isto demonstra uma contradição no modelo voltado ao atendimento integral e interdisciplinar que deve ser priorizado e ensinado aos estudantes. No cuidado à pessoa com deficiência, este atendimento deve ser qualificado, pois cada deficiência e cada pessoa tem suas particularidades (REBOUÇAS et al, 2011).

Esta falta de formação também é agravada pela ausente ou insignificante oferta, no Brasil, de especializações multiprofissionais ou para a enfermagem voltadas para a deficiência física, evidenciando assim uma lacuna importante na formação profissional pós-graduação.

Objeto do trabalho, quarta categoria identificada, diz respeito às pessoas com deficiência física e os familiares. Reabilitação envolve ações interdisciplinares como o esforço conjunto dos profissionais e familiares, dentro e fora das instituições, buscando a melhora e/ou a reabilitação das funções diminuídas ou perdidas para preservar a capacidade de viver de cada indivíduo envolvido na ação de cuidar (FARO, 2006). A família é incorporada à equipe e é reconhecida como um sistema dinâmico que participa como um apoio contínuo, na solução de problemas e aprende a realizar cuidados contínuos necessários (LEITE; FARO, 2005). Os profissionais do estudo apresentam uma visão acolhedora com relação aos familiares, estimulando a participação destes junto ao processo de reabilitação, o que é um fator positivo na readaptação do usuário e da família em si, frente a essa nova situação. A pessoa com deficiência física terá seu processo de reabilitação

fragilizado caso não tenha o apoio familiar, pois não basta participar das atividades semanais no CR se a continuidade do processo não se der a nível domiciliar.

Logo, o sucesso da reabilitação dependerá, ao lado de uma equipe multidisciplinar, do envolvimento da família e da sociedade no processo. Consequentemente a isto, estão o desenvolvimento de habilidades, da melhora funcional, da satisfação na trajetória cotidiana, da reintegração familiar e social, do exercício da cidadania e maior autonomia (FARO, 2006).

Com relação à categoria instrumentos, quinta categoria, os profissionais ainda permanecem com uma visão material dos componentes utilizados, principalmente voltados a materiais de uso diário nas atividades, como aparelhos auxiliares da assistência, e materiais de consumo. Em contrapartida, estudo desenvolvido por Souza *et al* (2010) em um setor de emergência, identifica que os instrumentos de trabalho reconhecidos pelos profissionais são o conhecimento técnico, a habilidade e destreza e os instrumentos para realização de técnicas, bem como o próprio corpo. As concepções estão relacionadas diretamente com as rotinas da equipe de trabalho deste serviço, vinculada à assistência prestada ao indivíduo que procura atendimento na Emergência, requerendo cuidados de enfermagem. No estudo citado, mostra-se uma visão mais ampliada sobre instrumentos, embora um confuso entendimento que toma o corpo do trabalhador como instrumento, o que não condiz com o conceito marxiano adotado, a partir do qual instrumento de trabalho é algo interposto entre a força de trabalho (o corpo do trabalhador) e seu objeto, como recurso para a ação desejada.

Sexta categoria, produto do trabalho, foi identificado como realizado de maneira individual por cada profissional e de acordo com cada saber técnico particular.

O CR corrobora com o resultado encontrado no estudo de Souza *et al* (2010), no qual afirma que o produto, é consumido no próprio processo de produção da ação assistencial, sendo o resultado da ação, que pode ser o alívio da dor, a finalização de um curativo, de um procedimento cirúrgico, a aplicação de um analgésico, a conclusão de uma avaliação e orientação para prevenção de doenças ou para a promoção da saúde.

Logo, a peculiaridade do trabalho em saúde, torna complexo o discernimento dos elementos deste processo de trabalho, assim como a mensuração dos resultados das ações dos profissionais que neles atuam (MELLO, FUGULIN, GAIDZINSKI, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço estudado encontra-se organizado quanto às atividades que oferece mesmo apresentando dificuldades estruturais como falta de materiais e recursos ou quantitativo de pessoal, que representam entraves à ampliação e melhoria da oferta do cuidado.

A falta de formação especializada na área ainda é uma lacuna, para a qual se sugere a mudança de olhar principalmente voltada aos currículos de formação superiores e técnicos, favorecendo a aproximação dos profissionais da saúde com os portadores de deficiência. Ainda, sugere-se a estimulação de atividades de educação continuada dentro da própria instituição a fim de fornecer subsídios aos profissionais que necessitam de maior suporte.

A equipe de saúde da instituição deve considerar a comunicação como ferramenta fundamental na prática diária, estimulando o diálogo entre pares, com a gestão e com usuário e família, ampliando a troca de saberes e a construção de projetos terapêuticos coletivos, evidenciando ou buscando uma maior aproximação com modelos ou propostas interdisciplinares.

Vale reforçar a importância de estudar o processo de trabalho e seus elementos nesta realidade, por ser um tema inovador e pouco explorado até o momento, quando voltada a temática deficiência física. Ainda, o fato de compreender a organização de trabalho favorece o entendimento sobre o funcionamento das equipes e da organização do serviço, o que pode ser considerado um fator positivo para ajuste das dificuldades evidenciadas dentro da instituição, refletindo em uma assistência de melhor qualidade.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, J. M. R. **O serviço de triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás: promovendo o acolhimento e a reorganização institucional.** 2004. Mestrado em Enfermagem (Dissertação) – Programa de Pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2004.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepção dos usuários. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n 1, p. 33-39, 2007.

BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 31-38, 2009.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 3.298**, de 20 de dezembro de 1999. [internet] Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)>. Acesso em: 23 set 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1060**, de 5 de junho de 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)>. Acesso em: 16 maio 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 818/GM**. Em 05 de junho de 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-818.htm>>.\_ Acesso em 16 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho da Enfermagem**. Pelotas: UFPEL/Florianópolis: UFSC, 1998.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho e, equipe e reuniões multiprofissionais de Saúde: uma construção a espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p.85-112, 2011.

COSTA, R.P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**. Ano V - n. 8, p. 107-124. Barbacena, jun, 2007

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, maio/jun., 1993.

DE MARTINI, A. Reabilitação, ética e técnica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 2263-2269, 2011.

FARO, A. C. M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 128-133, 2006.

FERNANDES, L. C. L. et al. Management of health services: developed competencies and difficulties found in basic attention. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1541-1552, 2009.

GELBCKE, F. L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho da enfermagem e o desgaste do trabalhador**. 2002. 262 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2002.

HIGARASHI, I.H.; PEDRAZZANI, J.C. O profissional enfermeiro e a criança portadora de deficiência. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 1, n. 1, p. 37-44, 1. sem. 2002.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 92-96, 2005.

LEOPARDI, M. T., GELBCKE, F. L., RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan/abr., 2001.

MELLO M.C.; FUGULIN F.M.T.; GAIDZINSKI RR. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. **Acta paul. enferm.**, 20(1):87-90, 2007.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência / World report on disability**. São Paulo: SEDPcD, 2011. 334 p.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1998.

\_\_\_\_\_. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 730-744, set/out., 2009.

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES, D. E. P.; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F. **Condições de trabalho para um fazer responsável**. Anais do 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2010, out., p. 11-15; Florianópolis, Brasil. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2010.

REBOUÇAS, C. B. A. et al. People with physical and sensory deficits: perceptions of undergraduate nursing students. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 80-86, 2011.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado de Santa Catarina. **Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina**. Florianópolis, 2008.

SANT'ANNA, S.; HENNINGTON, E. A. Micropolíticas do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: posição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, supl.1, p. 223-224, 2011.

SOUZA S.S., et al. **Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]., 12(3):449-55, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a05.htm>.

VENTURA, C. A. A.; ARAÚJO, A. S.; MOLL, M. F. Dimensões Organizacionais de um Centro de Atenção Psicossocial para

dependentes químicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 650-655, 2011.

**Artigo 02:****Experiências da equipe de centro de reabilitação - o real do trabalho como questão ética<sup>4</sup>**Ana Paula Trombetta<sup>5</sup>Flavia Regina Souza Ramos<sup>6</sup>

**RESUMO:** O grande objetivo deste estudo foi identificar as experiências de trabalho de profissionais da saúde de um centro de reabilitação física e a partir disso discutir as principais questões éticas/bioéticas que permeiam o cuidado ao deficiente. Estudo exploratório-descritivo do tipo estudo de caso único, de natureza qualitativa, com participação de 16 profissionais da equipe multiprofissional do CR. Foram identificadas situações relacionadas à organização de trabalho, acessibilidade do usuário, dificuldade de comunicação entre profissionais e chefia, dificuldade de implementação do trabalho prescrito e o realizado. Além disso, os profissionais não reconhecem ou identificam situações ou problemas éticos na prática assistencial, inexistindo espaços ou oportunidades de discussões e reflexões éticas por parte da equipe, o que expressa a demanda por desenvolvimento de competências éticas.

**Palavras Chave:** Pessoas com deficiência; Centros de reabilitação; Equipe de assistência ao paciente, Condições de trabalho; Ética profissional.

**ABSTRACT:** The primary objective of this research was to identify the working experiences of health professionals at a physical rehabilitation center, and from there, to discuss the central ethical/bioethical issues that permeate the care for physically disabled persons. This is an

---

<sup>4</sup> Resultado parcial da Dissertação de Mestrado intitulada Singularidades do trabalho de um centro de reabilitação sob a perspectiva da equipe de saúde.

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis. Endereço para correspondência: Amaro Antonio Vieira, 2108, apto 306 - Itacorubi. CEP: 88034-120. Telefone: (48) 9946-7722. E-mail: ana\_trom@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Filosofia em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora (Pq CNPq) e Líder do Grupo de Pesquisa Práxis. E-mail: [flaviar@ccs.ufsc.br](mailto:flaviar@ccs.ufsc.br)

exploratory-descriptive study of a qualitative nature and unique case research type, with the participation of 16 professionals from the multidisciplinary team of the CR. It was possible to identify situations associated to a labor organization, user accessibility, communication difficulty among professionals and managers, troubles to perform the prescribed work and achieved one. Moreover, the professionals do not recognize nor identify situations or ethical problems on the healthcare practice. There are no spaces or opportunities for ethical discussions and reflections on behalf of the team, which expresses the need for ethical skills development.

**Keywords:** Disabled Persons; Rehabilitation Centers; Patient Care Team; Working Conditions; Ethics Professional.

**RESUMEN:** El gran objetivo de este estudio fue identificar las experiencias del trabajo de los profesionales de la salud de un centro de rehabilitación física, y a partir de ahí, discutir las principales cuestiones éticas/bioéticas que permean el cuidado del deficiente. Estudio exploratorio-descriptivo del tipo estudio de caso único, de naturaleza cualitativa, con participación de 16 profesionales del equipo multidisciplinar del CR. Fueron identificadas situaciones relacionadas a la organización del trabajo, accesibilidad del usuario, dificultad de comunicación entre los profesionales y la jefatura, dificultad de implementación del trabajo prescripto y de lo realizado. Además de eso, los profesionales no reconocen o identifican las situaciones o problemas éticos en la práctica asistencial, no existiendo espacios u oportunidades para discusiones y reflexiones éticas por parte del equipo, lo que expresa la demanda por el desarrollo de las aptitudes éticas.

**Palabras clave:** Personas con discapacidad; Centros de Rehabilitación; Grupo de Atención al Paciente; Condiciones de Trabajo; Ética Profesional.

## INTRODUÇÃO

A Deficiência tornou-se parte da condição humana, uma vez que este é um termo amplo, que aborda diversas formas de deficiência; e quase todas as pessoas terão algum tipo de deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas (OMS, 2011).

Pessoas com deficiência constituem um grupo heterogêneo no qual encontramos indivíduos com deficiência física, sensorial, intelectual e mental, logo devem ser direcionadas ações de saúde específicas para este público específico (BERNARDES et al, 2009). Na concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS), a deficiência é perda ou anormalidade de estrutura do corpo ou função corporal fisiológica, incluindo as mentais (OMS, 2011).

Estudos já descrevem que as ações de saúde a pessoa com deficiência devem ser prestadas em diversos níveis de atenção, indo desde a Atenção Básica até serviços especializados, como Centros de Reabilitação, sempre buscando a atenção integral a saúde deste indivíduo (COSTA; MIRANDA, 2008; ARAGÃO et al, 2011; NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013). Estes supostos estão regulamentados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência - PNSPD, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002, a qual preconiza a inclusão das pessoas com deficiência na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção à saúde destas pessoas visa reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano, além de proteger a saúde e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências através de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2010a).

O local especializado para a reabilitação das pessoas com deficiência é o Centro de Reabilitação (CR) que é organizado através da Portaria MS/GM nº 818 de 05/06/2001, onde fica determinada a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência e a composição da equipe multidisciplinar responsável por tal assistência. As equipes são formadas por profissionais enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacional, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, as quais realizam avaliação individual e também o planejamento do processo de reabilitação (BRASIL, 2009).

O presente estudo apresenta um recorte de uma pesquisa que se focou não na deficiência em si, mas sim nos profissionais que atuam diretamente com pessoas deficientes físicas em um cenário institucional

específico – um Centro de Reabilitação. No caso da Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência do estado de Santa Catarina Catarinense, existe apenas um Centro de Reabilitação atuante, que é referência estadual (SANTA CATARINA, 2008).

O trabalho na instituição estudada é desenvolvido por profissionais de maneira multiprofissional, conforme regulamentado na Portaria MS/GM nº 818 de 05/06/2001, desenvolvendo atividades em cinco áreas distintas: reabilitação neuroadulto e musculoesquelético; tratamento de espasticidade e distonia com aplicação de toxina botulínica; reabilitação pediátrica; reabilitação cardiopulmonar e programa de órteses, próteses e meios de locomoção auxiliares – OPMAL.

O estudo apresentou como objetivo específico discutir as principais questões éticas/bioéticas que permeiam o cuidado ao deficiente a partir da experiência dos trabalhadores da equipe de saúde de um centro de referência em reabilitação física.

O objeto do estudo é constituído na interface entre a experiência dos profissionais e os problemas éticos que podem ser relacionados ao trabalho desenvolvido neste tipo de serviço e junto a usuários deficientes físicos. Tal temática justifica-se pela importância de reconhecer dificuldades e demandas éticas neste trabalho, na medida em que problemas e circunstâncias exigem dos profissionais a capacidade de julgamento e deliberação moral, assim como ações protetivas dos direitos destes sujeitos e promotoras da qualidade do cuidado.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

Na perspectiva adotada, tão importante quanto o foco na ética é o foco na experiência, de modo que a reflexão sobre a dimensão ética das vivências apreendidas não se deu meramente pelas ocorrências ou problemas éticos, mas também pela forma como estes trabalhadores falam sobre o que é o trabalho e como o realizam, as dificuldades que vivenciam e os valores e capacidades que mobilizam.

Para subsidiar tal análise foram utilizados conceitos sobre o trabalho em saúde, especialmente o de trabalho prescrito e trabalho real, proposições da bioética e alguns princípios da Política Nacional de Humanização – PNH.

Os diversos profissionais de saúde, mesmo apresentando conhecimentos e práticas distintas, ao exercerem o trabalho no âmbito institucional o desenvolvem como parte de um trabalho coletivo. Esse trabalho envolve a avaliação do indivíduo ou grupo, seguida da

indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica (PIRES, 2009); seja com objetivo de cura, reabilitação ou diminuição do sofrimento, de forma a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011).

A atuação em equipe interdisciplinar proporciona outro entendimento sobre o usuário e sobre a vida do mesmo, distanciando-se da visão focada na doença e aproximando-se da visão dos mesmos como seres humanos com individualidades e relações familiares e sociais (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009). Essa aproximação faz com que ocorra um maior envolvimento entre as partes otimizando a assistência e favorecendo o trabalho em questões específicas e individuais de cada usuário que frequenta o serviço.

Em alguns casos, o profissional acaba identificando barreiras ou limitações na prática assistencial e essas podem ser institucionais ou situações advindas dos próprios usuários do serviço. As barreiras institucionais podem estar relacionadas às condições de trabalho, relações entre pares ou com chefias e as advindas dos usuários podem estar relacionadas a problemas sociais ou de relação entre familiares. Situações comuns, como trabalhar com escassez de materiais para o desempenho das suas atividades, como insumos, instrumentos, equipamentos ou espaço físico, podem ser geradoras de desgaste cognitivo, afetivo e insegurança para os trabalhadores, além de afetar a população usuária dos serviços (SCHWARTZ, 2010).

Por isso os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real podem ser interessantes aos estudos que privilegiam a ética como componente fundamental da relação trabalho e subjetividade. Por trabalho prescrito entende-se como a tarefa a ser executada, baseada em regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e indica aquilo que “se deve fazer” em um determinado processo de trabalho. O trabalho real, por sua via, é aquilo que é levado em consideração pelos trabalhadores para realizar a tarefa. É a atividade a ser realizada e se desenvolve em função dos objetivos fixados pelos trabalhadores a partir do que lhes foi prescrito e é dada ênfase ao papel das pessoas como protagonistas ativos do processo produtivo ou de saúde (BRITO, 2009).

O trabalho jamais é pura execução, já que o trabalhador faz “usos de si” ao gerir sua atividade, recorrendo às suas próprias capacidades e recursos, de modo a fazer suas próprias escolhas e produzir algo (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Tanto do ponto de vista da experiência quanto da teoria, a única certeza confiável é que sempre existirá uma distância entre o trabalho prescrito e o praticado

(real), já que o trabalho nunca será totalmente previsível (TRINQUET, 2010).

A análise do trabalho é inseparável do campo epistemológico, dos valores e da ética e o encontro entre os saberes científico e prático sempre resultará em algo inovador, daí seu caráter imprevisível (HENNINGTON, 2008). Ainda, pelo fato de trabalhar com uma clientela tão específica quanto os deficientes, espera-se que os profissionais possuam uma boa capacidade de percepção, reflexão crítica e decisão coerente em suas práticas e com relação às condutas humanas no cuidado à saúde e à vida dessa população.

A saúde é complexa, envolvendo múltiplas dimensões, múltiplos olhares, múltiplos fazeres e saberes. Aponta para a atuação interdisciplinar, para novos caminhos e novas possibilidades de ação em uma prática profissional reflexiva e, portanto ética (KOERICH; ERDMANN; NITSCHKE, 2009).

A demanda por reflexão ética se evidencia no cotidiano de trabalho dos profissionais, especialmente nas relações interprofissionais e destes com os usuários. A Bioética, como campo de conhecimento interdisciplinar, busca compreender e fornecer bases para resolução de conflitos de interesses e valores no campo da saúde, constituindo-se indispensável ferramenta para auxiliar a prática gestora de serviços públicos de saúde (ARREGUY; SCHRAMM, 2005).

A bioética também fornece instrumentos teórico- metodológicos para ponderar juízos que envolvem a alocação e distribuição de recursos em saúde, exatamente quando este tema adquire maior importância política e social, pela dificuldade de conciliar objetivos e valores, como a diminuição de custos, a qualidade da assistência, a igualdade de acesso aos serviços de saúde, a livre escolha de quem presta e de quem recebe o tratamento, entre outros (GARRAFA; OSELKA; DINIZ, 2009).

Qualquer ação humana sobre as pessoas e ambiente deve implicar no reconhecimento de valores e uma avaliação de como estes poderão ser afetados. O primeiro desses valores é a própria pessoa, com as peculiaridades que são inerentes à sua natureza, incluindo necessidades materiais, psíquicas e espirituais. Ignorar esses fatores ao praticar atos que produzam algum efeito sobre a pessoa é reduzir a pessoa à condição de coisa, retirando dela sua dignidade (COSTA; GARRAFA; OSELKA, 1998).

Logo, com o objetivo de promover saúde nos locais de trabalho deve-se aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos (BRASIL, 2010b). A PNH, proposta para qualificar o modo de atenção



e gestão na rede do SUS, incluindo trabalhadores, usuários e gestores, traz como um dos seus objetivos aumentar o grau de comunicação entre os grupos (de gestores, trabalhadores, usuários do serviço de saúde) e dentro dos grupos. Entre seus princípios estão o da clínica ampliada; cogestão; acolhimento; valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos do usuário; fomento das grupalidades, coletivos e redes; e construção da memória do SUS que dá certo. Além dessas diretrizes, o conceito de ambiência e a preocupação com a estrutura e com as relações entre profissionais ganha destaque dentro da PNH.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo exploratório-descritivo do tipo estudo de caso único, de natureza qualitativa, sendo um estudo desenvolvido em um centro de referência de reabilitação física no estado de Santa Catarina, de caráter público, pertencente à Secretaria Estadual da Saúde (SES).

O estudo foi realizado com 16 profissionais da equipe multidisciplinar sendo: 03 enfermeiros, 03 fisioterapeutas, 03 médicos, 01 educador físico, 01 nutricionista, 01 psicóloga, 01 terapeuta ocupacional, 01 assistente social e 02 técnicos de enfermagem, sendo esses o maior quantitativo de profissionais da equipe multidisciplinar do local estudado. Foi utilizado como critério de exclusão profissionais que exercessem atividades no local a menos de 06 (seis meses) ou que estivessem afastados do trabalho.

A coleta ocorreu em horário de trabalho dos profissionais, porém agendada conforme a disponibilidade dos mesmos sem prejudicar a assistência aos usuários. O período foi abril e maio de 2013, por meio de entrevista semiestruturada individualizada.

Para organização dos dados qualitativos foi utilizado o software ATLAS-Ti 7.0. A análise dos dados realizou-se através da transcrição das entrevistas, onde os trechos semelhantes foram agrupados refletindo as principais ideias identificadas na pesquisa.

A proposta de dissertação de mestrado integrou o macroprojeto (financiado pelo Edital PRONEX), “O cuidado a saúde do deficiente físico em Santa Catarina: realidade e desafios. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – CEP UFSC (Parecer nº 216.396 de 11/03/2013), respeitando as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## **RESULTADOS**

O perfil dos profissionais entrevistados caracteriza-se por predominância do sexo feminino; idade entre 29 a 57 anos; tempo de atuação em reabilitação física de 08 meses a 20 anos; sendo 06 profissionais de dedicação exclusiva e 08 mantendo outros vínculos; todos ingressaram por concurso público e tiveram formação, majoritariamente, em intuições públicas.

Os resultados são sintetizados em duas categorias principais, inter-relacionadas e que, embora não da mesma forma destacadas nas manifestações dos trabalhadores, recebem similar importância neste estudo. Inicialmente são apresentadas distintamente, como “o real do trabalho” e “tão real quanto o dito real do trabalho”, para serem articuladas no processo de análise.

### **O real do trabalho**

Ao falarem de suas experiências de trabalho é comum que trabalhadores falem não apenas sobre o que fazem, mas como fazem, ou sob que condições. Um elemento importante da organização de trabalho se refere às condições de trabalho, reconhecidas por influenciarem diretamente a assistência prestada e a própria relação subjetiva do trabalhador com sua atividade. Quando os profissionais foram questionados sobre as condições de trabalho, relataram diversos aspectos negativos, principalmente relacionados à:

- a) Estrutura física, pois é antiga e necessita de reforma; apresentam salas improvisadas para atendimento e, mesmo sendo uma instituição de referência para deficiência física, a estrutura não apresenta adaptação em portas ou mobiliário.

*A estrutura aqui é ruim, a própria porta para um tetraplégico... Não abre. Isso já foi falado, isso foi pontuado, a acessibilidade para um “tetra”, para um “para”, para um cadeirante não é boa aqui dentro (P2).*

*O que existe é falta de sala adequada, muito do que a vigilância sanitária solicita já foi feito; duas adaptações e ela se recusa a liberar; isso a gente conseguiu mais por esforço próprio do que com respaldo (P7).*

- b) Falta de materiais básicos e equipamentos para atividades diárias com os usuários e ausência de manutenção nos poucos equipamentos que possuem.

*O aparelho de ultrassom tem que ficar verificando se a onda sonora do ultrassom está boa ou ruim então frequentemente deve ser realizada essa calibragem falta aqui (P1).*

*A primeira grande dificuldade que a gente enfrenta é a falta de recursos em geral, recursos materiais e recursos humanos [...] isso é que impede muitas vezes de a gente oferecer algo a mais para o paciente (P8).*

c) Falta de recursos humanos devido a não reposição de profissionais aposentados ou transferidos; aliada a falta de recursos aparece a sobrecarga de trabalho relatada pelos profissionais que permanecem na instituição e a falta de valorização profissional.

*A gente ainda tem uma lista de espera um pouquinho maior daquilo que a gente gostaria que tivesse e poderia ser melhor, mas isso requer mais profissionais (P3).*

*A questão de recursos humanos ela está bem alguém da nossa necessidade, em todos os setores aqui na reabilitação. Nós estamos o tempo inteiro tendo que transferir o funcionário daqui pra lá, por exemplo: nós temos uma enfermeira lá nas contas médicas, nós temos uma técnica de enfermagem aqui no papel, quando poderia ter um administrativo (P5).*

Quando questionados sobre as dificuldades que enfrentam no exercício das atividades, foram identificadas questões referentes à:

a) Condição de trabalho, como dificuldade estrutural, falta de equipamentos e materiais de consumo, falta de exames e recursos humanos e que já foram descritas acima.

b) Falta de respaldo de chefias no desenvolvimento das atividades, bem como o excesso de vigilância nas atividades desenvolvidas pelos profissionais;

*O órgão é muito pequeno, mas apesar disso tem muita vigilância com os profissionais; existe muita vigilância sendo que ninguém a criança, todo mundo é adulto e sabe seus deveres (P2).*

*Acho que acaba tendo uma questão pessoal. Então eu entro, fico aqui na minha [...] é muito duas medidas, o que pode para um não*

*pode para o outro. Eu faço meu trabalho [...] discuto com a minha equipe e é mais tranquilo (P16).*

c) Dificuldade de comunicação entre os membros da equipe; falta de discussão de casos/grupos de estudo referente às patologias atendidas na instituição e falta de comprometimento de alguns colegas profissionais;

*Acho que algumas relações podiam ser melhores, mas daí serviço público tem uma questão de estabilidade e de permanência das pessoas no seu cargo, então acho que as pessoas têm que aprender a conviver com aquelas pessoas e não tem tanta mudança (P13).*

*Não dá para levar para o lado pessoal em nada na vida, porque se não a gente não tem uma relação madura. Uma relação profissional [...] mas a gente vai amadurecendo ao longo da vida (P5).*

*Acho que o ser humano na sua grande maioria tem dificuldade em aceitar mudanças e essa gerência buscou muito implementar e tentou modificar formas de trabalho que já existiam ou que estavam muito arraigadas e tentou mudar isso para facilitar o acesso a paciente, mais existe a uma tendência a não querer mudar e aí a comunicação fica com dificuldade de não quer entender ou não querer fazer (P7).*

*Acho que podia se afinar mais a comunicação administrativa e técnica, acho que esse é um grande ponto nosso de poder, tentar atuar e estabelecer uma sintonia maior (P8).*

d) Dificuldade em fornecer alta do serviço ao usuário, bem como empoderar os familiares no cuidado a este usuário, retroalimentando a falta de apoio familiar;

*O nosso grande desafio na reabilitação é trazer a família próximo, porque o paciente sozinho não consegue, isso assim tá muito claro, se a reabilitação não for trabalhada junto com o cuidador principal, o familiar que seja, eu não consigo reabilitar o paciente (P5).*

*A dificuldade na alta ocorre quando a pessoa não se aceitar, fazer uso de medicamento e aí fica afastado muito tempo e acabou não retornando as atividades, pois não se aceitam na real condição. E esse*

*é o grande problema, a não aceitação e saber que retornará dentro de uma limitada condição e não mais como era antes né (P16).*

e) Dificuldade de treinamento na admissão de funcionários novos, no qual profissionais não se sentem capacitados;

*Acho que eu vou me tornar repetitiva, mas já falei do planejamento, traçar metas, fazer uma previsão que não deve incluir somente a parte operacional mais gerencial, assistencial e também de educação para saúde; coisas que a gente pouco consegue fazer a exemplo, da previsão da entrada de alguns profissionais com concurso, eu tinha previsão de fazer uma capacitação adicional, não conseguimos! (P7).*

f) Dificuldade na organização do agendamento das consultas e na grande demanda burocrática;

*É o grande volume de atividades administrativas [...] enquanto instituição deveríamos nos organizar melhor em relação a isso. A gente preenche papel demais, poderia ter uma organização administrativa desse fluxo de papéis e informação do atendimento (P13).*

g) Dificuldade em fornecer transporte para que os usuários possam vir ao CR;

*Como a maioria paciente do SUS depende de transporte, então acredito que nosso maior problema é esse. Hoje por exemplo nós tínhamos dois pacientes agendados para curativos e que a gente sabe que precisa e que não vieram porque a gente sabe que a ambulância da prefeitura não trouxe, deu algum problema lá que a ambulância não pôde vir (P14).*

h) Dificuldade em divulgar para os demais serviços de saúde o real papel do CR e as atividades que são desenvolvidas pela instituição.

*A questão da reabilitação está muito relacionada à falta de conhecimento dos profissionais de saúde, exceto os fisioterapeutas, com relação ao que é reabilitar. Se existisse esse conhecimento e que viesse desde a formação profissional talvez a gente tivesse em outra situação hoje (P7).*

### **Tão real quanto o “dito real” do trabalho**

Uma dimensão menos visível e falada, mas não menos real, se refere ao que se produz enquanto vivência subjetiva do cotidiano do trabalho, expressa por diferentes formas, entre as quais são destaca.

A percepção acerca das condições de trabalho e se refere à identificação pelos participantes do estresse que sentem ao desempenhar as atividades diárias no serviço. Quando solicitados a indicar a intensidade deste estresse, considerando uma gradação de 1-5 (1: Muito fraca; 2: Fraca; 3: Moderada; 4: Forte; 5: Muito Forte) grande parte dos profissionais sinalizou a percepção de estresse de intensidade 3 e 4 (moderada e forte), totalizando 11 respostas. Enfatizaram que nem sempre a atividade é estressante, mas mesmo em casos pontuais exigem manejo. Apenas um profissional respondeu a opção 5 e o mesmo retornava de uma licença para tratamento de saúde.

Ainda, na mesma escala foram solicitados que respondessem a frequência que sentiam estresse ao desempenhar a atividades diárias no serviço (sendo 1: nunca; 2: raramente; 3: as vezes; 4: quase sempre; 5: sempre). Seis entrevistados responderam a opção 3, e as opções 2 e 4 foram escolhidas por três profissionais cada. O motivo foi o mesmo alegado anteriormente, mesmo que pareça contraditório que frequências como “as vezes” e “quase sempre” (9 respostas) possam ser caracterizadas como “situações pontuais”. O que se mostrou comum nas duas questões foi a dificuldade de relacionar objetivamente as situações desencadeadoras, genericamente denominadas como “pontuais”, ou relacioná-las a muitas das condições antes descritas, como se fossem efeitos relativamente esperados no trabalho que desenvolvem.

Um resultado interessante é que os participantes, quando questionados a respeito de questões éticas, não reconhecem ou lembram a ocorrência de alguma situação ética que tenham vivenciado dentro do serviço. Existiram relatos referentes ao preenchimento de formulários e relatórios burocráticos que foram citados por reduzir o tempo de atendimento ao usuário, causando incômodo ao profissional.

*Dilemas éticos, olha eu não lembro de recentemente ter tido um grande dilema ético, não recorro pelo menos aqui dentro (P3).*

*Olha a única questão que me incomoda bastante essa questão do preenchimento de formulário. Então um efetivo de 40 minutos*

*poderia ser tranquilamente de 45 minutos, ou então em vez de 40 minutos dependendo do paciente, da 35 minutos (P1).*

## **DISCUSSÃO – O real do trabalho como objeto da reflexão ética**

Quando se buscou identificar as principais questões éticas presentes na prática assistencial ao deficiente a partir das experiências dos profissionais, esperava-se encontrar relatos de situações vivenciadas e relacionadas à condição de vulnerabilidade do deficiente, falta de acessibilidade ou então a falta de autonomia do usuário na tomada de decisão (SCHRAMM, 2006; BERNARDES, et al, 2009; SOARES, 2012). Ao contrário do que se esperava, predominaram relatos negativos com relação às condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais.

Longe de se constituir em vazio, o silêncio quanto ao tema é muito significativo e pode ser foco de análise, especialmente a partir de conceitos e pressupostos mediadores. Aqui lançamos mão do conceito de trabalho prescrito e trabalho real, de alguns princípios da PNH que se tornam referência para este tipo de serviço/assistência e, também, elementos para uma discussão bioética dos achados.

Para esta discussão, entende-se que o trabalho prescrito é baseado na definição de tarefas (formais e informais) que operacionalizam uma divisão do trabalho, fixa as regras e dita os objetivos qualitativos e quantitativos da produção. O trabalho real comporta a atividade do sujeito (FERREIRA, 2000). Identificar a atividade significa identificar o trabalho real. Desta perspectiva, o real é aquele que se encontra e se constitui na atividade e do qual só uma pequena parte é observável (BERTONCINI, 2011).

Considerando a necessidade de organizar a assistência em saúde ao deficiente físico, a Portaria n. 818 de 05 de junho de 2001 regulamentou os serviços de assistência ao deficiente com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde. Os serviços podem ser regionalizados e, na ausência destes, deve ser implantado um serviço de referência estadual em medicina física e reabilitação, com instalações físicas adequadas, materiais disponíveis e equipe multidisciplinar especializada no atendimento destes usuários, tanto em atividades ambulatoriais como para acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e meios de locomoção auxiliares. Os dados de produtividade e acompanhamento dos serviços devem ser relatados anualmente através do preenchimento de relatório de

avaliação, acompanhamento e alta e referenciados ao órgão responsável para verificação do andamento do serviço (BRASIL, 2001). A partir desta ordenação geral, um trabalho prescrito se constitui, ou seja, uma maneira de a instituição se estruturar com base em regras formais descritas na portaria e com o objetivo de normatizar a assistência ao deficiente físico.

O trabalho real não obedece ou é conduzido pelo descrito acima. O serviço é de caráter público e de referência estadual, não havendo registro de outra instituição que realize o mesmo tipo de assistência. Os encaminhamentos para ingresso na instituição são realizados por meio das Secretarias Municipais de Saúde, porém como a demanda de pessoas que procuram o serviço é grande, existe fila de espera para ingresso. A estrutura física é antiga, necessitando de reformas e adaptações estruturais inclusive para receber o público que é atendido no local. Mesmo possuindo uma instalação grande, a quantidade de salas é insuficiente para os profissionais, que se deparam com problemas de diversas ordem, decorrentes de uma estrutura fragilizada, com fornecimento básico de materiais e equipamentos, porém sem manutenção periódica e/ou preventiva.

Com relação à equipe, esta apresenta composição multidisciplinar, mantém um discurso de assistência coletiva e interdisciplinar, porém a maior parte das atividades observadas transcorrem de maneira individualizada e as reuniões de equipe ou breves discussões de casos para encaminhamentos de setores se caracterizam como momento coletivo. A equipe contempla minimamente todos os profissionais que estão descritos na portaria, porém necessita de complementação em função de aposentadorias e afastamentos de funcionários, o que ocasiona sobrecarga nos profissionais que continuam desempenhando as funções na instituição. Além disso, a equipe em sua maioria, com exceção da médica fisiatra e do fisioterapeuta, não possui formação/especialização na área de reabilitação física e aprende com o desenvolver da prática. O serviço ainda possui um setor de Órteses, Próteses e meios de locomoção auxiliares, o qual contempla parcialmente as atividades sugeridas na portaria, ficando fragilizada no acompanhamento dos usuários protetizados que, na realidade da instituição, fica vinculado ao médico fisiatra ou ao laboratório que confeccionou a prótese.

A discrepância evidenciada até aqui sobre o trabalho prescrito e real nos leva a refletir sobre as inúmeras barreiras enfrentadas pelos profissionais e como as diretrizes, que são preconizadas pelo poder público, acabam ficando atreladas a burocracias do próprio poder



público. Essa relação contraditória se reflete no fazer dos profissionais, que sabem ou acreditam saber o que é o correto colocar em prática, mas por inúmeras situações não conseguem realizar a ação de maneira prescrita ou desejada.

No entanto, cabe reconhecer que as formas de trabalhar reinventadas na dinâmica dos serviços, sejam adaptações ao limite do possível, sejam resistências a um prescrito ou, ainda, arranjos construídos com maior ou menor acordo entre envolvidos, nem sempre significam prejuízo para o resultado alcançado ou quebra com valores instituídos. Muitas vezes representam alternativas de resguardar valores, privilegiar determinados princípios e lógicas, em detrimento de outras, ou produzir o menor prejuízo possível.

O estudo permitiu refletir sobre uma relação entre trabalho prescrito e real que não se dá nas fronteiras do bem e do mal, do certo e do errado, mas de um movimento entre fronteiras bem mais móveis e complexas. Distanciamento entre “trabalho prescrito” e “trabalho real” demonstra que existe uma singularidade no trabalho efetivamente realizado.

A “atividade”, ou trabalho real, traduz o trabalho realizado e esta deve ser pensada como uma dialética entre o dizer e o fazer, o geral e o singular, o micro e o macro, o local e o global, o objetivo e o simbólico (HENNINGTON, 2008). Logo, o trabalho realizado não pode ser previsto.

Além das questões relacionadas a condições de trabalho, outras foram identificadas nas atividades diárias dos profissionais. Com relação ao fluxo de atendimento, foi evidenciada dificuldade de agendamento gerando duplicidade de horários e a insatisfação dos profissionais frente à grande demanda de preenchimento de formulários durante o atendimento. A primeira dificuldade pode ser relacionada à sobrecarga de trabalho do profissional acarretando desgaste mental e desatenção, bem como ao remanejamento de funcionários devido a necessidade da instituição, muitas vezes para desempenhar funções para as quais não foram contratados. O descontentamento dos profissionais pode estar relacionado ao pouco tempo de assistência prestada, tomado pelo preenchimento dos formulários burocráticos antes e durante as atividades programadas, sem que a sua importância seja visualizada na prática.

Problemas administrativos e de gestão de fluxo parecem contradizer o prescrito: o agendamento deveria ser realizado por pessoal administrativo específico ao cargo mantendo a concentração e domínio sobre o trabalho que está executando; as agendas deveriam ser flexíveis

e dispor de horários livres para possíveis encaixes ou situações de urgência que possam surgir, mesmo sendo um serviço ambulatorial. Por fim, deveriam existir estratégias de acolhimento aos usuários que procuram o serviço, entre outros dispositivos propostos pela PNH.

No caso de alguns princípios da PNH, acredita-se que não se limitam a novas prescrições a orientar o que fazer e como fazer, como normalmente são tomadas as políticas e normativas, mas remetem a valorização das formas de criação e cogestão que devem emergir da análise que os próprios trabalhadores fazem do serviço, como territórios a serem conhecidos e transformados. Como exemplo, poderia ser discutido o acesso dos usuários ao CR, no qual passam por um processo de triagem para ingresso na instituição, não existindo um serviço de acolhimento para recepção dos mesmos. O acolhimento é na teoria e na prática diferente da triagem e é um importante instrumento sugerido pela PNH. Na triagem há seleção de quem será atendido no serviço, ao passo que no acolhimento todas as pessoas são recebidas/acolhidas, apresenta escuta qualificada, atendimento, e, se necessário, encaminhamento responsável (BRASIL, 2010b). Ainda, preconiza que os serviços especializados garantam agenda extraordinária em função das necessidades do usuário; estabeleça critérios de acesso com efetivação de protocolos de referência e contra referência e otimize o atendimento ao usuário através da articulação da agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação (BRASIL, 2004).

Com relação ao preenchimento de formulários, os profissionais deveriam possuir um tempo específico para realizar tal atividade, compreendendo a importância dos dados e usando seus resultados e indicadores para qualificar e instrumentalizar o planejamento da assistência. A PNH supõe que na maioria das vezes o trabalhador se submete ao trabalho para realizar os interesses das instituições, mediante, de um lado, a necessidade de trabalhar e de outro, o exercício do controle de suas vontades. Este modelo omite o processo de criação dos profissionais, tornando o trabalho um lugar de repetição, de produção em série, de realização daquilo que foi pensado por outra pessoa e em outro lugar. Esta fragmentação do processo de trabalho aliada ao desconhecimento dos trabalhadores sobre o todo da tarefa, torna sem sentido a realização da atividade (BRASIL, 2010b). Para isso, é sugerida a produção e construção de responsabilidades de forma compartilhada, resultando no aperfeiçoamento da produção de saúde, uma vez que a vontade de participar e desenvolver estará ampliada, reafirmando pressupostos éticos no fazer da saúde.

Considerando que os serviços públicos de saúde ainda apresentam poucos espaços para discussão de experiências e compartilhamento das mesmas, a luta por melhores condições de trabalho é um exercício ético, que aponta para uma avaliação permanente das práticas e efeitos, sobre a vida de todos e de cada um (BRASIL, 2010b). Vale ressaltar que nem sempre o que é prescrito é o ideal, por esse motivo é importante que a equipe esteja atenta e que realize a avaliação da assistência no serviço, identificando dessa forma se a conduta que está sendo implementada é a mais indicada.

Da relação entre trabalho prescrito e trabalho real podem ser apreendidas questões éticas importantes, relacionadas à acessibilidade do usuário, às priorizações e fluxos de atividades diárias dos profissionais, à comunicação entre equipe, ao atendimento a familiares, à alta do usuário e à relação dos profissionais entre si e com a chefia; todas situações evidenciadas por interferirem na prática assistencial e exigirem a tomada de decisão dos profissionais.

O direito à saúde integral está legalmente assegurado e os serviços de saúde devem direcionar a assistência com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações (BRASIL, 1988; 2001; 2004; 2006). O grande desafio vivenciado pela instituição estudada é tornar real uma assistência integral e de fácil acesso ao usuário. Para isso enfrenta limites, como o fato de ser o único serviço de referência estadual, localizado na capital do estado e, portanto, com poucas condições de realizar atendimentos de reabilitação semanais para usuários do interior do estado. Além disso, a maioria dos usuários é de baixa renda e não dispõe de meios de transporte próprios, dependendo de transportes municipais (carros e ambulâncias das prefeituras) ou auxílio de vale-transporte. Ainda, como possuem limitações físicas necessitam de acompanhantes o que duplica o gasto com transporte.

Todo cidadão deve dispor de uma rede de atenção à saúde, composta por um conjunto de serviços e equipamentos de saúde organizada em um determinado território geográfico, município ou uma regional de saúde, com serviços de saúde da atenção básica/estratégia saúde da família próximos às residências, acesso prioritário a ambulatório de especialidades; serviços esses articulados para o cuidado segundo necessidades de saúde do usuário, critérios de vulnerabilidade, risco e condição de sofrimento (BRASIL, 2010b). Nem sempre as limitações estão nas atividades ou estrutura física da instituição em si. No caso estudado as barreiras identificadas estão relacionadas a problemas de constituição de rede assistencial, pois os usuários do interior não possuem serviços de referência de atendimento mais

próximos ao domicílio e dependem muitas vezes de convênios municipais para receberem atendimento semelhante ao da reabilitação, porém sem garantia de assistência integral.

Com relação à assistência prestada há relatos de dificuldade na comunicação entre profissionais, com poucas oportunidades para a troca de saberes, limitadas às reuniões e situações pontuais e não contemplando a educação continuada. Existe uma divisão do trabalho a ser desenvolvido com os usuários, porém não fica clara a existência de um planejamento ou avaliações coletivas dessas atividades. Ainda, profissionais percebem falta de comprometimento por parte de colegas ou de apoio entre si. Embora não se perceba uma relação de auxílio e solidariedade entre pares, também não foram identificadas manifestações de conflito ou atrito relevantes entre os profissionais.

As políticas atuais de saúde propõem ações multiprofissionais orientadas pela clínica ampliada, na qual os profissionais atendem o usuário levando em consideração atitudes e sentimentos diferentes, singulares, e inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Além disso, buscam ajuda em outros setores (intersetorialidade), reconhecem as limitações de conhecimento e das tecnologias empregadas no atendimento, buscando outros conhecimentos e apoios e assumindo um compromisso ético na atividade que está desenvolvendo (BRASIL, 2010b).

Ainda, para que a equipe consiga desenvolver um trabalho integrado é necessário que ela mantenha uma boa relação, na qual um profissional possa auxiliar e apoiar o colega diante de uma dificuldade identificada. É necessário que os integrantes possuam uma adesão crítica ao projeto da instituição, com comprometimento e envolvimento dialogado, onde todos façam parte deste processo de construção, sejam gestores, profissionais, usuários e familiares (PEDUZZI et al, 2011). Além disso, a equipe deveria apresentar características interdisciplinares, evidenciada pela complementaridade do olhar dos diversos profissionais na assistência diária ao usuário.

Novamente, percebe-se uma lacuna importante entre o prescrito e o real, por relações de equipe fragilizadas. Os integrantes acreditam realizar um trabalho interdisciplinar, mas este se limita a pontuais atividades em grupo. A maioria das ações são individualizadas, sem complementaridade de saberes ou interação de equipe, principalmente entre setores diferentes.

Dispositivos da PNH seriam aplicáveis aos diversos problemas identificados. A clínica ampliada, por exemplo, promoveria o estreitamento das relações, uma vez que a equipe discute os casos

atendidos, colocando em análise o modo de assistir. Também a implementação da cogestão e gestão participativa poderiam levar a discussão, análise, divisão de responsabilidades e consenso, produzindo maior inclusão dos profissionais no desenvolvimento de novas funções e tarefas, bem como compartilhando poder, conflitos e responsabilidades.

A relação de equipe fragilizada pode influenciar de maneira indireta outra dificuldade evidenciada, que é o empoderamento dos familiares junto ao cuidado do usuário e no processo de alta ambulatorial. No trabalho real, os profissionais relatam que a aderência dos familiares é importante, porém na prática realizam apenas atividades de orientação para os mesmos e em situações pontuais. Relatam não sentirem-se seguros quanto à alta ambulatorial e que normalmente o procedimento é discutido em reunião, mantendo o vínculo do usuário com avaliações periódicas com o médico. Chama a atenção o fato de a alta de um usuário ser discutida em grupo visto que as atividades realizadas com ele são individuais, bem como o planejamento e avaliação; e esse motivo pode ser um dos fatores que causa insegurança ao profissional no momento de fornecer à alta. A atividade prescrita reforça a importância de ter o familiar como parceiro na reabilitação, pois o dará continuidade ao cuidado no domicílio, como apoiador na recuperação e manutenção do deficiente físico em nível domiciliar.

Estratégias de inclusão de familiares, usuários e trabalhadores nos vários espaços dos serviços de saúde têm por objetivo perceber e avaliar a efetividade das ações de gestão e cuidado em saúde que estão sendo realizadas, bem como favorece a circulação de informações de saúde, com vistas à produção de autonomia, protagonismo e emancipação dos sujeitos (BRASIL, 2004; 2010b). Reforça-se a ideia de que o trabalho em equipe é fundamental na reabilitação física com o objetivo de tornar o usuário o mais funcional possível. Mesmo não sendo uma prática evidenciada em função da sobrecarga da rede assistencial, as políticas atuais de saúde determinam que o usuário, ao ser encaminhado/receber alta de um serviço especializado, deve ser atendido na unidade básica de saúde mais próxima ao domicílio a fim de ter um acompanhamento integral pela equipe de saúde (BRASIL, 2004; 2006; 2010b; PIRES et al, 2010).

Esta foi mais uma lacuna evidenciada, porém deve-se reforçar que, além da questão de possuir o familiar como parceiro no cuidado, é fundamental o fortalecimento das redes de referência e contra referência entre os serviços. O usuário não é propriedade do serviço e não pode ser visto um indivíduo institucionalizado. Durante o processo de reabilitação deve-se estimular além da autonomia do usuário a

reinserção do mesmo na sociedade e isso inclui o estreitamento das relações entre os serviços, para que o usuário possa ser acolhido pelos profissionais da ponta após alta do CR e que o mesmo não venha a ter recaídas por não estar sendo assistido em outro serviço de saúde.

Questões referentes à coordenação do trabalho surgiram através da falta de respaldo no desenvolvimento de atividades, excesso de vigilância e falta de treinamento a funcionários. No trabalho prescrito, espera-se que a chefia apoie as atividades desenvolvidas, estimulando diálogo aberto e linear com os pares, valorizando os profissionais na prática assistencial, características estas presentes na cogestão ou gestão participativa. Espera-se que a chefia seja parceira, capacitando e orientando funcionários novos, bem como mantendo treinamentos para funcionários que já trabalham na instituição (BRASIL, 2010b). Em função da sobrecarga de atividades, a coordenação do CR não consegue realizar capacitações, treinamentos e planejar atividades junto a equipe assistencial. Acredita-se que a qualidade da atenção e satisfação dos trabalhadores dependerá da condução dos gestores no facilitar o diálogo, reforçando a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde, além de considerar a gestão coletiva como critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento (BRASIL, 2004).

Ainda são poucos os serviços de saúde que funcionam na lógica de espaços coletivos possibilitando a discussão e compartilhamento de experiências. Somado a isso, não distante encontramos o trabalho desgastante, a precarização das relações e condições de trabalho, a gestão centralizada; elementos que podem produzir adoecimento.

Até o momento discutiu-se questões relacionadas a prática dos profissionais da equipe de saúde e a relação delas como o trabalho prescrito e o trabalho real. Embora os profissionais reconheçam aspectos que deveriam ser melhorados para ampliar a qualidade e acesso ao cuidado, há dificuldades de implementação de princípios e valores já estabelecidos em políticas (prescrito) como barreiras que escapam da governabilidade dos profissionais e acabam por interferir no cuidado ao deficiente físico. Todas as questões descritas geram de alguma forma estresse e inquietação nos profissionais do CR e, não sendo objeto do estudo, não foi possível a identificação de suas causas específicas. Ficou evidente que os profissionais se sentem desconfortáveis e estressados com a prática assistencial que desenvolvem. A percepção do próprio stress vai de encontro a uma avaliação subjetiva, uma vez que o enfrentamento de situações potencialmente estressantes depende da percepção e análise do indivíduo quanto à sobrecarga causada por um estressor (OLIVEIRA; CARDOSO, 2010), logo, questiona-se a eficácia

dos profissionais em realizar uma análise subjetiva das atividades que estão desenvolvidas dentro do serviço.

O cuidado prestado às pessoas com deficiência física remete a diversas situações éticas, assim como as experiências destas pessoas apontam problemas ainda não superados, como preconceito, vulnerabilidade e privação de direitos, apesar do que asseguram políticas públicas voltadas à inclusão destes sujeitos. A ética está evidenciada nas atitudes e decisões individuais, incluindo o agir do profissional; influenciando posicionamento frente a direitos e vulnerabilidades reconhecidos ou problemas éticos presentes no cotidiano dos serviços (SCHNEIDER, 2010).

Os profissionais enfrentam diariamente a difícil escolha de ingresso de usuários e limitação da entrada de outros. Enfrentam dificuldades estruturais, de material e recursos humanos ineficazes para realizar uma assistência menos atribulada ao usuário. Em função da sobrecarga, não conseguem planejar como gostariam as atividades, não realizam avaliação e discussões com os demais profissionais em grupo. Ainda, se deparam com problemas sociais, não conseguindo uma adequada comunicação entre os pares, não reconhecem a chefia imediata como parceira do trabalho, sentem-se inseguros em fornecer alta ao usuário e passam por diversas outras situações que já foram descritas. Mesmo diante de todas essas questões, os mesmos não percebem o conteúdo ético de suas experiências. Isso pode ser visto como um problema dentro da instituição, como de tantas outras, pois sinaliza que os profissionais não estão tendo a sensibilidade para reconhecer e a competência para lidar com problemas éticos, que misturam-se à questões técnicas cotidianas e demandam por deliberação moral.

A sensibilidade moral desempenha um papel importante na tomada de decisão dos profissionais e é necessária para a identificação de dilemas éticos fundamentais, favorecendo a avaliação dos valores apropriados buscando soluções alternativas de resolução. Estudo afirma que quanto maior a sensibilidade moral, melhor será sua tomada de decisão ética em situações de conflito (KIM; KANG; AHM, 2012). Esta se relaciona com o processo de deliberação que é trazido no estudo de Zoboli e Soares (2012) como o processo de autoeducação, quase autoanálise, que visa propiciar a transformação da prática profissional através da mudança de atitude. Com isso, amplia-se a compreensão das vivências e experiências, criando-se ambiente favorável para mudanças dos profissionais, em compromisso responsável com a excelência moral e técnica de sua prática e assistência (ZOBOLI; SOARES, 2012).

E quando o profissional não consegue realizar este exercício, da sensibilização e deliberação, pode indicar uma lacuna importante na capacidade de percepção e problematização, sob o ponto de vista ético, de questões normalmente reduzidas a uma dimensão técnica ou gerencial nos serviços de saúde. Neste caso, como realizar o julgamento das ações assistenciais? Quais estratégias devem ser sugeridas para uma equipe que precisa de espaços e oportunidades de desenvolvimento da sensibilidade e competência ética? Como articular decisão clínica, gerencial e deliberação moral nas situações diárias da prática?

Estudos realizados com profissionais de atenção primária de Madrid e São Paulo evidenciaram a necessidade de formação continuada em bioética, no destaque para o estudo de Madri que aponta a escassez de formação em bioética e a necessidade de mais investimentos nessa área a fim de capacitar os profissionais da atenção básica para o manejo e resolução de conflitos éticos (DIAZ, PEREZ, 2005). O processo educativo em bioética objetiva o desenvolvimento de habilidades práticas e tem como meta desenvolver competência para analisar e resolver conflitos éticos de maneira autônoma e prudente, após processo deliberativo (ZOBOLI; SOARES, 2012).

Ainda acredita-se que a discussão coletiva seja o melhor caminho, e pode ser utilizado como estratégia, por estimular a reflexão e identificar problemas institucionais e dos próprios profissionais. Para que aconteça discussão em busca de soluções para os conflitos éticos da prática assistencial é necessário estudar, identificar e caracterizar esses conflitos, ressaltando os mais frequentes, como ocorre na tomada de decisão e qual a interferência desses para todos os sujeitos envolvidos (SCHNEIDER; RAMOS, 2012).

Quando os profissionais pautam suas ações em valores reconhecidos como éticos na área da saúde e da enfermagem, parecem estar mais protegidos em suas decisões, o que pode favorecer a si e ao próprio paciente (BARLEM et al, 2013). Logo, decisões pautadas na reflexão ética fornecem maior segurança aos profissionais da saúde.

A educação em bioética busca desenvolver habilidades práticas com o objetivo de analisar resolver conflitos éticos de maneira autônoma e prudente, após processo deliberativo (ZOBOLI; SOARES, 2012). A preocupação com os aspectos éticos na assistência à saúde, não se restringem à normatização da legislação ou dos códigos de ética profissionais, mas estende-se como respeito à pessoa enquanto cidadã e como ser social (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).



A formação ética dos profissionais de saúde é essencial para a excelência na assistência, pois inclui aspectos técnico-científicos de destreza nos procedimentos, atualização dos protocolos e as melhores evidências. Sem isso, a melhor assistência técnica pode ser percebida como de baixa qualidade ou insatisfatória (ZOBOLI; SOARES, 2012).

A ausência da discussão ética já é sugestiva do desafio de superar a cisão e isolamento da ética em relação ao raciocínio e julgamento clínico-assistencial. A competência técnica não é divorciada da competência ética e esta exige um novo tipo de compromisso e sensibilidade, que parece ainda ser negligenciado nos processos formativos e de trabalho, especialmente quando a atuação profissional, como no caso da equipe de reabilitação, se volta para pessoas com vulnerabilidades específicas.

Em função de o trabalho ser realizado em um local complexo, caracterizado como único serviço para uma assistência específica dentro do estado, acredita-se que todas as ações dos profissionais, sejam elas assistenciais, técnicas ou de orientação, são passíveis de questionamentos e reflexões éticas e que a não reflexão a respeito dessas práticas pode influenciar no resultado do trabalho desenvolvido por estes profissionais na prática diária. Ainda, vislumbra-se que o trabalho prescrito e o trabalho real possam ser importantes ferramentas de auxílio na compreensão e discussão de problemas éticos e temas bioéticos na atenção à saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com este trabalho conseguiu-se evidenciar dentro de um serviço destinado a usuários com demandas específicas e grande vulnerabilidade social a inexistência de discussões e reflexões éticas. Foi evidente entre os profissionais estudados, a necessidade de desenvolver sensibilidade e competência ética para articular decisão clínica, gerencial e deliberação moral, mesmo quando são capazes de apontar diversas situações e limites que pesam sobre o trabalho que desenvolvem.

Longe de indicar limites ou culpas pessoais cabe reconhecer os efeitos de processos de formação que ainda não valorizaram da mesma forma competências técnicas e éticas; assim como serviços que não foram capazes de assumir o compromisso com a educação continuada ou com a efetivação de políticas públicas que resgatem a ética como fundamento das práticas. Existe um grande desafio no sentido da identificação e reconhecimento de situações/problemas éticos por parte

dos profissionais e acredita-se que os problemas serão somente percebidos após estimular o diálogo sobre a prática profissional, como em dispositivos promotores da cogestão e valorização do trabalhador.

Ainda, o exercício de refletir sobre o trabalho prescrito e o real desenvolvido na instituição foi interessante, pois possibilitou a percepção de que várias dificuldades verbalizadas são passíveis de ajustes, porém, para que isso aconteça, as equipes devem se empoderar com o objetivo de transformação da prática, iniciando com a mudança de atitude e relação entre os próprios membros.

É necessário o estreitamento das relações de equipe e dos profissionais com a chefia na lógica da cogestão, pois dessa forma as responsabilidades seriam divididas, os profissionais sentir-se-iam mais valorizados, refletindo assim em uma equipe mais coesa e um trabalho mais organizado.

Ressalta-se a importância de estudar temas da bioética nos serviços de saúde, ainda distanciados do cotidiano do trabalho, enfatizando que este tema deve permear a prática e o processo decisório de todos os profissionais de saúde com o objetivo de assegurar uma boa prática assistencial.

## REFERÊNCIAS

ARAGÃO, A. K. R. et al. Acessibilidade da criança e do adolescente com deficiência na atenção básica de saúde bucal no serviço público: estudo piloto. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 159-164, abr/jun., 2011.

ARREGUY, E. E. M.; SCHRAMM, F. R. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 117-123, 2005.

BARLEM, E. L. et al. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. espec., jan/fev., 2013.

BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 31-38, 2009.

BERTONCINI, J. H. **Entre o prescrito e o real: renormalizações possíveis no trabalho da enfermeira na Saúde da Família**. 2011. 147p.

Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em 15 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1060**, de 5 de junho de 2002. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)>. Acesso em: 16 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n 818/GM**. Em 05 de junho de 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-818.htm>>.\_ Acesso em 16 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - o que é como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas)** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, J. C. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>. Acesso em: 01 set 2013.

COSTA, R.P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**. Ano V - n. 8, p. 107-124. Barbacena, jun, 2007

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr/jun., 2008.

COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V., OSELKA, G. Apresentando a bioética. In: **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.15-36.

FARO, A.C.M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev Esc Enferm USP**, 40(1):128-33, 2006.

FERREIRA, M. C. Bem-estar: Equilíbrio entre a Cultura do Trabalho Prescrito e a Cultura do Trabalho Real. **Laboratório de Ergonomia**, Brasília, p. 02-26, 2000. Disponível em: <<http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1252856415.37-arquivo.PDF>>. Acesso em: 21 ago 2013.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde Pública, bioética e equidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 5, n. 1, 2009. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/Article/361](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/Article/361)>. Acesso em: 20 ago 2013.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos Processos de Trabalho e Humanização em Saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p. 555-561, 2008.

HIGARASHI, I.H.; PEDRAZZANI, J.C. O profissional enfermeiro e a criança portadora de deficiência. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 1, n. 1, p. 37-44, 1. sem. 2002.

KIM, Y. S.; KANG, S. W.; AHN, J. A. Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. **Nursing ethics**, London, v.19, nov., 2012.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L.; NITSCHKE, R. G. Ética em Saúde: complexidade, sensibilidade e envolvimento. **Revista BioÉticos**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 252-255, 2009.

KOERICH, M. S.; MACHADO, R. R.; COSTA, E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 106-110, jan/mar., 2005.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 863-869, 2009.

MELLO M.C.; FUGULIN F.M.T.; GAIDZINSKI RR. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. **Acta paul. enferm.**, 20(1):87-90, 2007.

NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AURES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013.

OGANDO, D. B; GARCÍA, P. C. Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. **Aten Primaria**, 35(5):240-5, 2005.

OLIVEIRA, M. G. M.; CARDOSO, C. L. Stress e trabalho docente na área de saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 135-141, abr/ jun., 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência / World report on disability**. São Paulo: SEDPcD, 2011. 334 p.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PIRES, D. E. P. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 730-744, set/out., 2009.

PIRES, M. R. G. M et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15. Supl.1, p. 1009-1019, 2010.

SANT'ANNA, S.; HENNINGTON, E. A. Micropolíticas do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: posição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, supl.1, p. 223-224, 2011.

SCHNEIDER, D. G. **Discursos profissionais e deliberação moral: análise a partir de processos éticos de enfermagem**. 2010. 171p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2010.

SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, F. R.S. Processos éticos de enfermagem no Estado de Santa Catarina: caracterização de elementos fáticos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, [09 telas], jul/ago., 2012.

SCHRAMM, F. R. A saúde é um direito ou um dever? Uma autocrítica da saúde pública. **Revista Brasileira de Bioética**, n. 2, v. 2, p. 187-200, 2006.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 26-33.

SCHWARTZ, Y; DUC, M; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia:**

conversas sobre a atividade humana. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde. Niterói: EdUFF, 2007. p. 25-36.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado de Santa Catarina. **Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina.** Florianópolis, 2008.

SOARES, S. P. Uma análise bioética sobre o processo de empoderamento do usuário como ferramenta para inclusão na saúde. 2012. 160p. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2012.

SOUZA S.S., et al. **Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]., 12(3):449-55, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a05.htm>.

TRINQUET, P. Trabalho e Educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, número especial, p. 93-113, ago, 2010. Disponível em: [http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edicoes/38e/art07\\_38e.pdf](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edicoes/38e/art07_38e.pdf) >. Acesso em: 21 maio 2012.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SOARES, F. A. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1248-1253, 2012.





## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi importante por proporcionar a aproximação da pesquisadora com o tema deficiência física, pois esta não é uma prática desenvolvida e rotineira em minha prática profissional.

A aproximação favoreceu um melhor entendimento e compreensão do processo de trabalho desenvolvido pela instituição, bem como auxiliou no desvelar das singularidades deste processo e importância das atividades desenvolvidas para a reabilitação dos usuários e familiares que frequentam o serviço. Além de compreender o contexto assistencial, foi possível visualizar a dificuldade da criação ou amarração de redes assistenciais, para este público, que permitam a entrada ou encaminhamento de usuários que precisam de assistência e que não necessitam realizar especificamente no centro especializado. A possibilidade de compreender o processo de trabalho, suas potencialidades e fragilidades, pode ser utilizada como uma ferramenta interessante de auxílio aos gestores como sugestão de ajuste da dinâmica atual.

Identificou-se um hiato relacionado à formação dos profissionais, pois como já citado, este não é um tema abordado nas grades curriculares de formação superior e técnico tendo escassez até mesmo de cursos de especialização na área.

Com relação à equipe, esta apresenta dificuldades de comunicação entre os membros e com a chefia. Acreditam realizar um trabalho multidisciplinar, mesmo realizando a maior parte das atividades ao usuário individualmente. Apesar disso, não foi identificado grande prejuízo na assistência, mesmo o serviço apresentando limitações estruturais, falta de recursos humanos e materiais. Sugere-se a estimulação do diálogo e divisão de atribuições e tarefas através da gestão compartilhada, no qual seria uma estratégia para estimular o diálogo entre profissionais e gestores, além de valorizar e empoderar os profissionais nas decisões da instituição.

O exercício de reflexão sobre o trabalho prescrito e real foi interessante, pois foi possível visualizar a lacuna existente entre eles. Além disso, o fato de não ter sido verbalizado pelos participantes reflexões éticas sobre a prática, evidencia que os profissionais não percebem criticamente a assistência que estão realizando, gerando apenas repetição de modelo, não questionando o trabalho realizado.

Por fim, foi percebido a inexistência de discussões e reflexões éticas relacionadas a rotina e demandas do serviço, gerando novamente

uma repetição assistencial sem questionar se este modelo realmente é o mais adequado para o usuário que procura o serviço. Sugere-se a implementação e compromisso com a educação permanente bem como a efetivação de políticas públicas que sirvam de estímulo e fundamento para discussões de práticas éticas na instituição.

Espera-se que este estudo forneça subsídios para melhorar a discussão sobre o processo de trabalho e práticas assistenciais, bem como a equipe sinta-se sensibilizada a iniciar discussões éticas sobre a prática diária. Não deixando de reforçar a importância de estudar o processo de trabalho tendo como foco a deficiência, visto que este é um tema atual e pouco explorado até o momento.

## REFERÊNCIAS

ARAGÃO, A. K. R. et al. Acessibilidade da criança e do adolescente com deficiência na atenção básica de saúde bucal no serviço público: estudo piloto. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 159-164, abr/jun., 2011.

ARAUJO NETTO, L. F. S.; RAMOS, F. R.S. **Enfermeiro**: o papel que se define nas relações conflituosas. Anais 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, São Paulo, 2002. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000052002000200058&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200058&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em: 18 dez 2012.

ARREGUY, E. E. M.; SCHRAMM, F. R. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 117-123, 2005.

AZEVEDO, J. M. R. **O serviço de triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás**: promovendo o acolhimento e a reorganização institucional. 2004. Mestrado em Enfermagem (Dissertação) – Programa de Pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2004.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepção dos usuários. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n 1, p. 33-39, 2007.

BARLEM, E. L. et al. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. espec., jan/fev., 2013.

BEGUIN, P. Acerca de la evolución del concepto de actividad. **Laboreal**, v. 2, n. 1, p. 55- 61, 2006. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112265165631631>>. Acesso em: 25 maio 2012.

BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 31-38, 2009.

BERTONCINI, J. H. **Entre o prescrito e o real: renormalizações possíveis no trabalho da enfermeira na Saúde da Família**. 2011. 147p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de**

**Saúde**. 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em 15 maio 2012.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em 15 maio 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. [internet]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 20 abr 2013.

\_\_\_\_\_. **Resolução MS/CNS/CNEP nº 196/96**, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao\\_196\\_de\\_10\\_10\\_1996.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf)>. Acesso em: 10 abr 2012.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 3.298**, de 20 de dezembro de 1999. [internet] Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)>. Acesso em: 23 set 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n 818/GM**. Em 05 de junho de 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-818.htm>>.\_ Acesso em 16 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1060**, de 5 de junho de 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)>. Acesso em: 16 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - o que é como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas)** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

BRITO, J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 879-890, 2005.

\_\_\_\_\_. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>. Acesso em: 01 set 2013.

BERNARDES, L.C.G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 31-38, 2009.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho da Enfermagem**. Pelotas: UFPEI/Florianópolis: UFSC, 1998.

CARDOSO, C. G.; HENNINGTON, E. A. Trabalho e, equipe e reuniões multiprofissionais de Saúde: uma construção a espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p.85-112, 2011.

CARVALHO, K. K. **A obstinação terapêutica como uma questão ética**. 2005. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul, 2005.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVI, S. R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos municípios - memórias**. 1. ed. Brasília: Brasília, 2007.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr/jun., 2008.

COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V., OSELKA, G. Apresentando a bioética. In: **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.15-36.

CRESWEEL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativos, quantitativos e mistos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. O Sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.35-0, jan./mar., 2009.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, maio/jun., 1993.

DE MARTINI, A. Reabilitação, ética e técnica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 2263-2269, 2011.

DRANE, J. E.; PESSINI, L. **Bioética, medicina e tecnologia**. Desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2005.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2007.

ERLEN, J. A.; FROST, B. Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. **Western Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v. 13, n. 3, p. 397-407, 1991.

FARIA, H. P. et al. **Processo de Trabalho em Saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed. 2009. 68p

FARO, A. C. M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 128-133, 2006.

FERNANDES, L. C. L. et al. Management of health services: developed competencies and difficulties found in basic attention. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1541-1552, 2009.

FERREIRA, M. C. Bem-estar: Equilíbrio entre a Cultura do Trabalho Prescrito e a Cultura do Trabalho Real. **Laboratório de Ergonomia**, Brasília, p. 02-26, 2000. Disponível em: <<http://www.ergopublic.com.br/arquivos/1252856415.37-arquivo.PDF>>. Acesso em: 21 ago 2013.

FERREIRA, H. M.; RAMOS, L. H. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 328-31, 2006.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4481-4492, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FLICK, U. W. E. Questões de Pesquisa. In: **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GARRAFA, V.; OSELKA, G.; DINIZ, D. Saúde Pública, bioética e equidade. **Revista Bioética**, Brasília, v. 5, n. 1, 2009. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/Article/361](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/Article/361)>. Acesso em: 20 ago 2013.

GAYON, J. La bioética en la educación médica. El punto de vista de un filósofo. **Revista Selecciones de Bioética**. Bogotá, Colômbia, v.1, p. 140-146, abr., 2002.

GELBCKE, F. L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho da enfermagem e o desgaste do trabalhador**. 2002. 262 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.



GUIMARÃES, V. N. **Novas tecnologias de produção de base microeletrônica e democracia industrial:** estudo comparativo de casos na indústria mecânica de Santa Catarina. 1995. 473f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 1995.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos Processos de Trabalho e Humanização em Saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p. 555-561, 2008.

JUCÁ, R. L. C.; ANDRADE, D. A. **Da bioética principialista a bioética social:** estudos de casos da prática da eutanásia no Brasil. Anais do XVIII Congresso Nacional do CONPEDI. São Paulo: CONPEDI, 2009.

KATO, Lucila Suemi; BLASCOVI-ASSIS, Silvana Maria. Fatores que interferem na dinâmica de equipes de reabilitação que atuam em instituições especializadas. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. São Paulo, v. 4, n. 1, p. 55-66, 2004.

KIM, Y. S.; KANG, S. W.; AHN, J. A. Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. **Nursing ethics**, London, v.19, nov., 2012.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L.; NITSCHKE, R. G. Ética em Saúde: complexidade, sensibilidade e envolvimento. **Revista BioÉticos**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 252-255, 2009.

KOPALA, B.; BURKHART, L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, v. 16, n.1, p. 3-13, 2005.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 92-96, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2002.

LEOPARDI, M. T., GELBCKE, F. L., RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan/abr., 2001.

LUNARDI, V. L. et al. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, ago., 2009.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MACHADO, A. L. G.; JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 246-251, 2009.

MATOS, E. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**. 2006. 355p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2006.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 863-869, 2009.

MARX, K. **O capital**. 7. ed. resumida. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AURES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013.

O'CONNOR, S. E. Nursing and rehabilitation: the interventions of nurses in stroke patient care. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 2, n. 1, p. 29-34, 1993.

OGANDO, D. B.; GARCÍA, P. C. Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. **Aten Primaria**, 35(5):240-5, 2005.

OLIVEIRA, M. G. M.; CARDOSO, C. L. Stress e trabalho docente na área de saúde. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 135-141, abr/jun., 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência / World report on disability**. São Paulo: SEDPcD, 2011. 334 p.

\_\_\_\_\_. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF**. Lisboa, 2004.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do sistema Único de saúde. **Revista de Saúde pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan/jun. 2008.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1998.

\_\_\_\_\_. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

\_\_\_\_\_. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), p.161-177, 2007. Disponível em: <<https://www.ucs.br/prosaude/servicos/capitacao/oficina-de-integracao-ensinoservico/acervo/textos/PEDUZZI,%20Marina.pdf>>. Acesso em: 21 abr 2012.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PEGORARO, O. A. O lugar da bioética na história da ética. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 368-74, jul/ set., 2005.

PIRES, D. E. P. Organização do trabalho em saúde. In: LEOPARD I, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa - Livros, 1999. 176p.

\_\_\_\_\_. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, n.1/2, p. 83-92, 2000.

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

\_\_\_\_\_. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 730-744, set/out., 2009.

PIRES, D. E. P.; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F. **Condições de trabalho para um fazer responsável**. Anais do 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2010, out., p. 11-15; Florianópolis, Brasil. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2010.

PIRES, M. R. G. M et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15. Supl.1, p. 1009-1019, 2010.

**PORTAL DEFICIENTES EM AÇÃO**. Disponível em: <<http://www.deficientesemacao.com/deficiencia-fisica>>. Acesso em: 15/09/2012.

QUEIROZ, T. L. A.; CAVALCANTE, P. S. **As contribuições do software Atlas Ti para a análise de relatos de experiência escritos**. Anais do X Congresso Nacional de Educação, Curitiba: EDUCERE, 2011.

RAMOS, F. R. S. Quem produz e a quem o trabalho produz? In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999, p. 105-120.

\_\_\_\_\_. O discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 51-77, 2007.

RAMOS, F. R. S.; DO Ó, J. R. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 259-270, 2009.

REBOUÇAS, C. B. A. et al. People with physical and sensory deficits: perceptions of undergraduate nursing students. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 80-86, 2011.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado de Santa Catarina. **Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina**. Florianópolis, 2008.

SANT'ANNA, S.; HENNINGTON, E. A. Micropolíticas do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: posição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, supl.1, p. 223-224, 2011.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho na equipe de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade**. 2006. 232f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, Santa Catarina, 2006.

SCHNEIDER, D. G. **Discursos profissionais e deliberação moral: análise a partir de processos éticos de enfermagem**. 2010. 171p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2010.

SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, F. R.S. Processos éticos de enfermagem no Estado de Santa Catarina: caracterização de elementos fáticos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, [09 telas], jul/ago., 2012.

SCHRAMM, F. R. A saúde é um direito ou um dever? Uma autocrítica da saúde pública. **Revista Brasileira de Bioética**, n. 2, v. 2, p. 187-200, 2006.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 26-33.

\_\_\_\_\_. A Experiência é Formadora? **Revista Educação e Realidade**, v. 35, n. 1, p. 35-48, jan/abr., 2010.

SCHWARTZ, Y; DUC, M; DURRIVE, L. Trabalho e ergologia. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde. Niterói: EdUFF, 2007. p. 25-36.

SOARES, S. P. Uma análise bioética sobre o processo de empoderamento do usuário como ferramenta para inclusão na saúde. 2012. 160p. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2012.

STRAUSS, A.; CORBIN, J.; **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 23- 24.

TRINQUET, P. Trabalho e Educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, número especial, p. 93-113, ago, 2010. Disponível em: <[http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edicoes/38e/art07\\_38e.pdf](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edicoes/38e/art07_38e.pdf)>. Acesso em: 21 maio 2012.

VENTURA, C. A. A.; ARAÚJO, A. S.; MOLL, M. F. Dimensões Organizacionais de um Centro de Atenção Psicossocial para dependentes químicos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 650-655, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease**. Geneva: WHO; 1993.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SOARES, F. A. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1248-1253, 2012.





## APÊNDICES

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário em uma pesquisa.

A pesquisa intitulada *Singularidades do trabalho de um Centro de Reabilitação sob a perspectiva da equipe de saúde*, apresenta como objetivo conhecer, na perspectiva dos sujeitos trabalhadores, as singularidades do trabalho da equipe de saúde em um centro de referência em reabilitação no Estado de Santa Catarina.

Você que aceitou participar da pesquisa estará ciente que as informações obtidas na entrevista serão utilizadas para fins de pesquisa e produção de conhecimento. As perguntas da entrevista serão realizadas individualmente pela pesquisadora. Toda dúvida que se apresentar com relação ao estudo e ao longo do mesmo será esclarecida.

Para alcançar o objetivo do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, na qual você irá responder perguntas preestabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados e tudo que for dito/exposto na entrevista terá total sigilo.

Fui igualmente informado: da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa em qualquer momento; da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao meu trabalho; da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa; de que não terei custo nenhum ao aceitar participar da pesquisa.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que decidi por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Fui esclarecido (a) de forma bem detalhada sobre os objetivos da pesquisa, da justificativa, da coleta de dados e da entrevista, da ausência de riscos e dos benefícios da pesquisa.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando as autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome

do

participante:

Assinatura

do

participante:

Assinatura

da

Pesquisadora:

---

As pesquisadoras colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelos endereços informados neste termo ou pessoalmente. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação e serão guardadas pela pesquisadora principal pelo período de (05) cinco anos.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Telefone para contato: (48) 3721-9787

E-mail: flavia@ccs.ufsc.br

Pesquisadora principal: Mda. Ana Paula Trombetta

Telefone para contato: (48) 9946-7722

E-mail: ana\_trom@yahoo.com.br

## **APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS TRABALHADORES DE SAÚDE**

### **1 Dados de identificação do entrevistado:**

- 1.1 Categoria Profissional:
- 1.2 Idade:
- 1.3 Onde e quando se formou:
- 1.4 Trabalha a quanto tempo na instituição:
- 1.5 Como ingressou na instituição:
- 1.6 Apresenta outro vínculo? Onde?

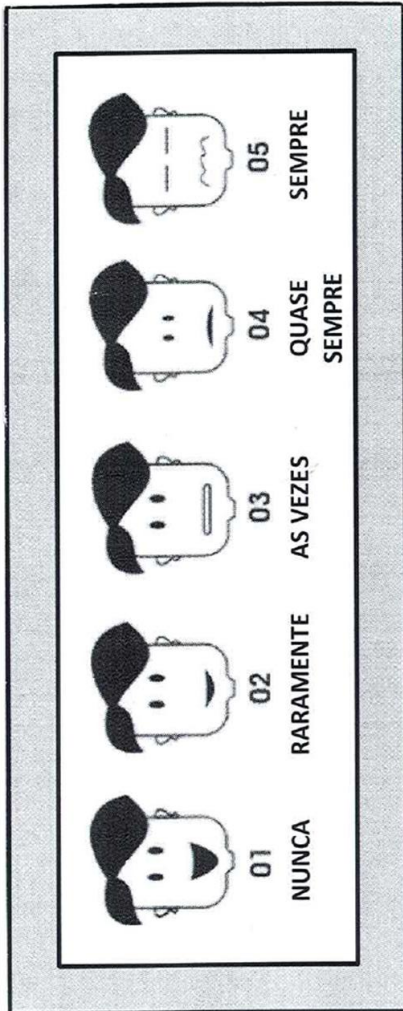
### **2 Questões gerais acerca do trabalho em saúde:**

- 2.1 De que maneira você atua no centro de reabilitação? Que atividades você desempenha? Como é o seu processo de trabalho e qual a importância da atividade que você realiza?
- 2.2 Descreva como é um dia de trabalho seu e como acontece a sua interação com os demais membros da equipe durante a realização das suas atividades? Quais dificuldades você enfrenta no exercício do cuidado à pessoa com deficiência?
- 2.3 Cite quais profissionais compõem a equipe de saúde?
- 2.4 O que você entende/considera como organização do trabalho?
- 2.5 Como a equipe organiza o trabalho dentro do grupo? Existe divisão de tarefas? Como é realizada esta divisão? Como são planejadas as atividades? Como são executadas? Como são avaliadas?
- 2.6 Você considera que o trabalho é desenvolvido pelo grupo de maneira interdisciplinar? Por quê? Cite exemplos de como essa interação acontece ou não?
- 2.7 Com relação à condição de trabalho, o que você pensa a respeito da estrutura física, equipamentos e materiais disponíveis, recursos humanos, condições salariais, entre outros?
- 2.8 Como você descreve as relações de trabalho entre os profissionais que atuam neste grupo? Cite um exemplo que aconteceu no grupo que o fez sentir se valorizado enquanto profissional e um que lhe fez sentir ao contrário!
- 2.9 Como você avalia a comunicação entre os membros da equipe e dos profissionais com os usuários?

- 2.10 Que instrumentos você utiliza no seu trabalho? Existe protocolo de assistência / Plano Operacional Padrão (POP) que norteie a assistência dentro da instituição?
- 2.11 Com que frequência você vivencia situações/dilemas éticos na sua prática diária? Que tipo de situações são mais comuns? Cite um exemplo? Como ele interfere na sua prática profissional?
- 2.12 Seu trabalho te causa algum tipo de conflito/estresse? Em que situações?

**Caracterize essa intensidade:** Nunca causa desconforto (1); Raramente causa desconforto (2); Às vezes causa desconforto (3); Quase sempre causa desconforto (4); Sempre causa desconforto (5).

**Com que frequência isso ocorre:** Nunca (1); Raramente (2); Às vezes (3); Quase sempre (4); Sempre (5).

**APÊNDICE C – ESCALA DE GRADAÇÃO DO ESTRESSE****(instrumento de auxílio)**

## **APÊNDICE D - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO ACERCA DO TRABALHO REALIZADO PELOS PROFISSIONAIS DO CCR**



- 1) Data da Observação:
- 2) Atividade Observada:
- 3) Profissionais presentes na atividade durante a observação:
- 4) Atividades realizadas pelos profissionais durante a observação:
- 5) Presença de usuários? Quais?
- 6) Como foi o envolvimento de cada profissional?
- 7) Como os profissionais organizaram e desenvolveram a atividade?
- 8) Existiu avaliação? Como foi?
- 9) Como é a estrutura física e materiais disponíveis para a realização da atividade?
- 10) Ocorrência de conflitos? Como foi a resolução?
- 11) Como foi a comunicação entre os profissionais?
- 12) Há alguma prescrição sobre a atividade desenvolvida? Que tipo? Observou-se algum tipo de renormalização, ajustes ou mudanças no modo de atuar do trabalhador?
- 13) Problemas éticos identificados:
- 14) Outras observações relevantes:





## **ANEXOS**

## ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

	<p>SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CEP: 8940-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA Tel: (48) 3721-4990 - 3721-5450 - e-mail: rfe@ufsc.br</p>	
---	---	---


---

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Eu, Sr(a) **Rita de Cássia Paula Souza**, Gerente do Centro Catarinense de Reabilitação declaro estar ciente do conteúdo e dos procedimentos associados à pesquisa intitulada, intitulado "O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina – realidade e desafios" sob responsabilidade do(a) Sr(a) Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, nas dependências do CCR e que autorizei a sua realização nesta data.

Florianópolis, outubro de 2012.

  
Nome e carimbo: \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_

**Rita de Cássia Paula Souza**  
Gerente do Centro Catarinense de Reabilitação  
13-4 787.448-7.402

## ANEXO B – PARECER SUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina: realidade e desafios

**Pesquisador:** Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 03932812.2.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 216.396

**Data da Relatoria:** 11/03/2013

#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada "O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina: realidade e desafios" procura fazer uma análise das condições em que vivem as pessoas com deficiências físicas, bem como dos trabalhadores nesta área da saúde e dos cuidadores de pessoas com deficiência física e também possibilitará ao SUS e serviços voltados ao deficiente físico, a criação e implantação de ações que resultem na melhoria da qualidade de vida desta parcela significativa da população, entre estas, a elaboração de instrumentos educativos para o cuidado com o deficiente físico, seguindo a política nacional de inclusão das categorias populacionais importantes.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Analisar a situação de saúde e o cuidado ao deficiente físico nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça (pertencentes à Regional de Saúde da Grande Florianópolis, e Itajaí (pertencente à Regional de Saúde de Itajaí).

##### Objetivo Secundário:

1. Identificar o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física residentes destes municípios 2. Conhecer a qualidade de vida das pessoas com deficiência física residentes destes municípios; 3. Analisar as redes de apoio às pessoas com deficiência física, residentes nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça e Itajaí. 4. Conhecer, na perspectiva dos sujeitos trabalhadores, a organização do processo de trabalho da equipe de saúde do Centro de

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9208

Fax: (48)3721-9698

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Reabilitação e a continuidade do cuidado, na relação deste serviço com a atenção básica. 5. Reconhecer as principais questões éticas/bioéticas que permeiam o cuidado ao deficiente físico em serviços de saúde de municípios dos municípios de Florianópolis, São José, Palhoça e Itajaí, a partir da experiência dos profissionais de saúde. 6. Investigar a acessibilidade aos serviços de saúde na atenção básica destes municípios; 7. Identificar e descrever a infraestrutura, cobertura e capital humano das unidades de saúde existentes nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça que atendem as pessoas com deficiência física. 8. Desenvolver e avaliar um sistema de informação SISReab de suporte aos profissionais de saúde, para armazenamento de dados e informações que permitam o controle, o gerenciamento e o monitoramento das pessoas com deficiência física nestes municípios; 9. Analisar a história do cuidado, das intervenções de saúde e políticas públicas relativas ao deficiente físico em Santa Catarina.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Pelo desenho metodológico não há possibilidade de riscos para os participantes, podendo os mesmos desistirem de participar do estudo em qualquer momento do mesmo.

##### **Benefícios:**

Pretendemos com o desenvolvimento deste projeto obter alguns benefícios coletivos que fortalecerão o conhecimento e a produção científica na área de História da Enfermagem, além de possibilitar uma formação acadêmica integrada em princípios de qualidade e produtividade.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação e é profunda nos questionamentos a serem analisados aos três grupos de participantes da pesquisa, sobre tudo, as pessoas com deficiência física.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos estão de acordo com o solicitado pelo CEPSC, porém, solicitamos que seja colocado de forma expressa no TCLE o comprometimento dos pesquisadores em submeterem-se a Resolução 196/96 e suas complementares no que toca a pesquisa proposta e já previsto no item 2. Resumo, página 5 do presente projeto.

#### **Recomendações:**

Não se aplica.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foi apresentado a declaração de anuência e autorização da instituição do Centro Catarinense de

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
Telefone: (48)3721-3208 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Reabilitação conforme solicitado pelo CEPSC.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

colegado

FLORIANOPOLIS, 11 de Março de 2013

---

Assinador por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade CEP: 88.045-900

UF: SC Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br